

ASTMA OSANA VARHAISAIKUISEN ELÄMÄÄ

Titta Kotkavaara & Soile Myllymäki

Opinnäytetyö

Kevät 2011

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Oulaisten alueyksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

OULUN SEUDUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveystieteiden Oulaisten alueyksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Kotkavaara, Titta ja Myllymäki, Soile

Astma osana varhaisaikuisen elämää

Ohjaajat: Eija Niemelä ja Irmeli Pasanen

Syksy 2010

Sivumäärä: 46 + 3 liitettä

Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvailla varhaisaikuisen astmaatikkojen pärjäämistä elämässään kroonisen sairautensa kanssa. Tutkimustehtävämme ovat: 1) miten varhaisaikuisen astmaatikko kokee sairautensa osana elämäänsä, ja 2) miten varhaisaikuisen astmaatikko hoitaa sairauttaan.

Opinnäytetyömme oli laadullinen tutkimus, ja suoritimme sen teemahaastatteluna. Haastattelimme opinnäytetyötämme varten neljää 18–25- vuoden ikäistä astmaa sairastavaa varhaisaikuisia. Analysoimme aineiston sisällön analyysin avulla. Tutkimustuloksissa ilmeni, että astma rajoitti usean tiedonantajamme fyysistä hyvinvointia. Sairauteen oli sopeuduttu, vaikka sopeutuminen vei kaikilla tiedonantajillamme oman aikansa. Sairauteen oli saatu ohjausta ja tukea. Astma ei rajoittanut merkittävästi tiedonantajiemme sosiaalista elämää. Tällä hetkellä tiedonantajamme kokivat, että heidän astmansa oli hoitotasapainossa. Lääkehoidon rinnalla tiedonantajamme toteuttivat omahoitoa. Tällä hetkellä kaikki tiedonantajamme ovat sitoutuneet hoitoonsa.

Tutkimustuloksissamme kävi ilmi, etteivät kaikki tiedonantajamme olleet saaneet kunnolla ohjausta astman alkuvaiheen aikana. Tämä ohjauksen puute näkyi siinä, ettei hoitoon oltu sitouduttu aluksi kunnolla. Tutkimustulostemme perusteella hoitajien olisi hyvä lisätä ohjausta astman alkuvaiheessa. Ohjauksessa hoitajan tulisi ottaa huomioon sosiaalinen tausta silloin, kun astmaatikko ei saa tukea sairautensa hoitamiseen omaisiltaan. Tutkimustulostemme perusteella kaikki astmaatikot eivät välttämättä halua ottaa tukea vastaan astman alkuvaiheessa, joten tukea on hyvä tarjota astmaatikolle myöhemmin uudelleen huolehtimalla säännöllisistä kontrollikäynneistä.

Avainsanat: astma, varhaisaikuisen, fyysinen hyvinvointi, sosiaalinen hyvinvointi, psyykinen hyvinvointi.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

School of Health and Social Care Oulainen Option of Nursing

Authors: Titta Kotkavaara and Soile Myllymäki

Title of thesis: Asthma in Young Adults' Lives

Supervisors: Eija Niemelä and Irmeli Pasanen

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2010

Number of pages: 46 + 3 appendices

The purpose of this study was to reflect how young asthmatic adults can get along with their disease. Our research questions were: 1) how young adults suffering from asthma experience their disease and 2) how they take care of it.

The study was a qualitative research and we used a theme interview. We collected the study material by interviewing 18-25- year-old young adults. We analyzed the material by using the content analysis method. The results of this study demonstrate that asthma limited our informants' physical well-being. They had adapted to their chronic illness although adapting took its time. Our informants had had guidance and support. Asthma did not limit our informants' social well-being remarkably. In the early stage of illness, the majority of our informants experienced problems with asthma treatment. Now our informants feel that their asthma treatment is balanced. Alongside with medical treatment our informants use self-caring. Currently all our informants are committed to treatment.

The results of this study demonstrate that all our informants did not get enough guidance in the early stage of illness. Also, the results of this study demonstrate that nurses should give more guidance in the early stage of disease. Nurses should take into account the social background when a young asthmatic person does not get support from his/hers family. In the early stage of illness all asthmatics do not necessarily want to accept guidance. That is why guidance should be offered later by taking care of regular control visits.

Keywords: asthma, young adults, physical well-being, social well-being, psychological well-being.

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	6
2 ASTMA	7
2.1 Astman oireet.....	8
2.2 Astman diagnosointi	9
3 ASTMAN HOITO	11
3.1 Ei-lääkkeellinen hoito	11
3.2 Lääkehoito	12
3.2.1 Anti-inflammatoriset eli astmatulehdusta vähentävät lääkkeet	12
3.2.2 Keuhkoputkia laajentavat lääkkeet.....	14
3.2.3 Muut lääkkeet.....	16
4 ASTMAATIKON OHJAUS JA OMAHOITO.....	18
5 ASTMA OSANA VARHAISAIKUISEN ELÄMÄÄ	19
5.1 Astmaan sopeutuminen	21
5.2 Astmaatikon vastuu sairaudestaan	22
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	23
7 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	24
7.1 Tiedonantajien valinta.....	24
7.2 Aineiston kerääminen	25
7.3 Aineiston analysointi	26
7.4 Eettisyys	27
8 TUTKIMUSTULOKSET	29
8.1 Astman vaikutus fyysiseen hyvinvointiin	29
8.2 Astman vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin.....	30
8.3 Astman vaikutus sosiaaliseen hyvinvointiin	31
8.4 Astman hoito	32
9 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	34
10 POHDINTA.....	38
10.1 Työn eteneminen	38

10.2	Tulosten pohdintaa	38
10.3	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	39
10.4	Omat oppimiskokemukset ja jatkotutkimusehdotukset	40
LÄHTEET		42

1 JOHDANTO

Astma on keuhkoputkien limakalvojen tulehdussairaus, joka pitkään kestäneenä ja toistuvana aiheuttaa keuhkojen toiminnan häiriöitä, kuten keuhkoputkien ahtautumista (Haahtela 2010). Astma on yleinen kansantauti, jota sairastaa väestöstä noin 5-6 prosenttia (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2007, 374). Astma on lapsuusiän yleisin pitkäaikaissairaus, joka jatkuu usein nuoruusiän yli aikuisuuteen. Hengitystieinfektioihin liittyvä astma voi iän myötä parantua, mutta se sijaan erityisesti allergioihin liittyvä astma jatkuu usein yli lapsuusiän. Nuorilla astmaa esiintyy 4-7 prosentilla, ja samansuuruisella joukolla on astmankaltaisia oireita ilman varmistettua astmadiagnoosia. (Kajosaari, 2004). Lievää astmaa sairastavien terveydentila ja fyysinen toimintakyky ovat terveitä suomalaisia heikompia. Sen sijaan psyykkisessä hyvinvoinnissa ei ole eroa terveisiin suomalaisiin verrattuna. Vaikeaa astmaa sairastavien elämänlaatu on selvästi heikompaa kuin lievempää astman muotoa sairastavien. (Laitinen ym. 2000, 50.) Astman hyväksyminen voi olla vaikeaa nuorelle. Säännöllisen lääkityksen toteuttaminen vie aikaa, ja nuori voi tuntea itsensä erilaiseksi kuin muut ikäisensä (Koivuniemi 2007, 1). Astmaa sairastavien nuorten hoitomyöntyvyys saattaa vaihdella ja oireita voidaan vähätellä ja niihin totutaan ja vaarana on oireiden paheneminen piilevästi. Haasteita nuorten astman hoidolle tuo nuoruuteen liittyvä itsenäistymishalu, neuvojen vastaanottamattomuus, vanhemmista irtautuminen, erilaisuuden välttäminen ja lääkitystarpeen kieltäminen. Myöhemmät elintavat tulevat nuoruusiällä ja joillakin nuorista on selkeästi hakeutumista riskikäyttäytymiseen. (Kajosaari, 2004). Hoidon laiminlyömisestä seurauksena nuorella voi olla terveyttä kuluttavia elämäntapoja. (Iivanainen ym. 2007, 382.)

Tutkimuksemme tiedonantajiksi olemme ottaneet 18–25 vuoden ikäiset, astmaa sairastavat varhaisaikuiset. Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvailla, miten varhaisaikuiset astmaatikot pärjäävät elämässään kroonisen sairautensa kanssa, eli miten astma vaikuttaa heidän fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen hyvinvointiinsa. Lisäksi tutkimme kuinka varhaisaikuiset astmaatikot hoitavat sairauttaan.

Tutkimuksemme tavoitteena on avata hoitoalan ammattilaisille lisää näkökulmia siihen, kuinka astma vaikuttaa varhaisaikuisen elämään ja millaisissa asioissa astmaatikko tarvitsee hoitohenkilökunnan apua. Toivoisimme, että opinnäytetyömme saisi astmaatikot pohtimaan sitä, millainen rooli astmalla on heidän elämässään, ja miten he itse hoitavat sairauttaan.

2 ASTMA

Astmalla tarkoitetaan keuhkoputkien limakalvojen tulehduksellista sairautta. Tämä aiheuttaa keuhkoputkien vaihtelevaa ahtautumista. (Haahtela, Hannuksela & Terho 1999, 538). Astma on yksi yleisimmistä pitkäaikaissairauksista, ja sitä sairastaa noin kuusi prosenttia suomalaisesta väestöstä. Noin viidellä prosentilla suomalaisilla on astman kaltaista tulehdusta keuhkoputkien limakalvoilla, esimerkiksi siitepölykautena tai infektion yhteydessä. Näissä tapauksissa keuhkojen toiminta ei ole niin merkittävästi huonontunut, että astman diagnoosi voitaisiin tehdä. (Haahtela, Hannuksela, Mäkelä & Terho 2007, 219.)

Terveen ihmisen keuhkoputkien limakalvon pinnassa on runsaasti värekarvasoluja ja muutamia pikarilimasoluja. Nämä solut kiinnittyvät tyvikalvoon (Laitinen, Juntunen-Backman, Hedman & Ojaniemi 2000, 15). Astmaatikkojen hengitysteissä ilmenee patologisia muutoksia. Hengitysteiden limakalvoilla tulehdussolujen määrä lisääntyy, ja epiteelissä on todetaan tapahtuvan rakenteellisia muutoksia, kuten epiteelin irtoamista ja värekarvatonta kerrostunutta epiteeliä. Näitä epiteelin rakenteissa tapahtuneita muutoksia on voitu todeta jo lievää astmaa sairastavilla. Nämä muutokset saattavat auttaa ärsyttävien tekijöiden pääsyä syvemmälle hengitysteiden limakalvolle. Hengitystie - epiteeli on tulehdusprosessin ensisijainen kohde. (Kinnula, Laitinen & Tukiainen 2000, 257–258.)

Keuhkoputkien limakalvoilla on tulehdusmuutoksia jo alkuvaiheen astmassa. Hengitysteitä vaurioittavat aktivoituneesta tulehdussolusta erityisesti eosinofiilisistä valkosoluista, vapautuvat proteiinit ja entsyymit. Astmalle on tyypillistä monien tulehdussolujen, kuten syöttösolujen ja eosinofiilien, lisääntyminen. Limakalvojen tulehdus sekä keuhkoputkien supistuminen toimivat puolustusreaktioina useille ärsykeille. Astmaa sairastavilla ihmisillä limakalvojen tulehdus ja siitä seuraava keuhkoputkien supistuminen toimivat liian herkästi ja voimakkaasti. (Kinnula ym. 2000, 256.)

Astman taustalla ovat monet perinnölliset tekijät, kuten taipumus atooppiseen allergiaan ja keuhkoputkien supistumisherkkyyteen (Haahtela ym. 2007, 219). Allerginen nuha lisää riskiä sairastua astmaan. Astman kehittymistä estää mahdollisesti allergisen nuhan siedätyshoito, mutta lisätutkimuksia tähän vielä tarvitaan. Vanhempien ja sisarusten sama sairaus on astman ja atopian riskitekijä. Herkistymisen ja hengitystieallergiaoireiden riskiä lisäävät kodin lemmikkieläimet.

Kuitenkin on olemassa ristiriitaista tietoa siitä, miten eläinallergiat vaikuttavat atopian kehittymiseen imeväisiässä. Astman riskiä lisää passiivinen tupakointi lapsilla noin 1,3 -kertaiseksi. (Käypä hoito -suositus, Astma 2006, 3.)

2.1 Astman oireet

Astmaoireet alkavat tavallisesti hengitystieinfektion, voimakkaan allergeeniallergian tai fyysisen rasituksen yhteydessä (Laitinen, Stenius-Aarniala & Haahtela 2000, 264). Yleensä astmaoireet alkavat vähitellen, mutta joissakin tapauksissa astma voi alkaa äkillisesti hengenahdistuskohtauksella (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2007, 376). Käypähoitosuosituksen (2006) mukaan oireet, kuten hengityksen vinkuminen, hengenahdistus rasituksen yhteydessä ja yöllinen yskä voivat kehittyä vähitellen tai parissa päivässä. Ensimmäinen astmaoire on yleensä limaneritys (Laitinen ym. 2000, 264). Astmaoireisiin kuuluvat myös dyspnoea eli hengenahdistus fyysisessä rasituksessa, ylähengitystieinfektion yhteydessä, allergeeniallergian jälkeen, aamuyöllä sekä pakkasella. Myös pitkittynyt yskä (tussis prolongata), uloshengityksen vinkuminen ja toistuvat keuhkoputkentulehdukset ovat tyypillisimpiä astmaoireita. Lisäksi astmaoireita pahentavia tekijöitä ovat muun muassa tupakansavu, pöly (esimerkiksi siite-, eläin- tai maantiepöly), hajusteet, stressi, jotkut särkylääkkeet (esimerkiksi morfiini ja kodeiini), ylipaino sekä infektio. (Iivanainen ym. 2007, 376.) Kajosaaren (2004) mukaan astman ärsytystulehdus on seurausta perintötekijöistä ja pitkäaikaisista ärsytystekijöistä kuten tupakansavun ja allergeenien vaikutuksesta. Tulehdustila aiheuttaa keuhkoputkien ärsytystä, limaneritystä sekä sileän lihaksiston supistuvuutta keuhkoputissa. Pitkäaikainen hoitamaton ärsytystila saattaa aiheuttaa pysyviä rakenteellisia muutoksia ja ilmasteiden ahtautumista. Tupakointi, atopia ja perinnöllinen alttius ovat astmaoireiden jatkumiseen ja uusiutumiseen johtavia tekijöitä.

Astman oireet vaihtelevat suuresti eri astmaatikoilla (Mustajoki 2006, 42). Nuorilla astma on tyypillisesti vähäoireinen ja oireilu saattaa keskittyä rasittumis- ja liikkumistilanteisiin ja nuorilla esiintyy usein myös allergista nuhaa. Liikuntatilanteisiin liittyvät oireet ovat yleisiä, mutta niitä ei ole helppo tunnistaa jos oireet eivät ole voimakkaita tai nopeita. (Kajosaari, 2004.) Astmaatikoilla astmaoireet voi esiintyä kausittain, esimerkiksi siitepöly- tai pakkaskautena. Ajoittain ilmenee myös astmaattista yskää, joka ei kuitenkaan rajoita normaalia elämää. (Iivanainen ym. 2007, 374.)

2.2 Astman diagnosointi

Astman etenemistä ja keuhkojen toiminnan huononemista voivat hidastaa varhainen astman diagnoosi ja hoidon aloitus (Käypä hoito -suositus, Astma 2006, 3). Astmaksi hyväksytään vain sellainen sairaus, jossa on todettu sovitun suuruinen funktiohäiriö. Muutoin kyseessä on astman kaltainen tulehdus (Kinnula ym. 2000, 256). Funktiolla tarkoitetaan toimintaa (Terminologian tietokannat 2009).

Astman diagnosoinnissa tutkitaan keuhkofunktiota, joka täydentää astmaattisen tulehduksen osoittamista. Uloshengityksen toimintaa tutkitaan toistuvasti. Huippuvirtausarvoja seurataan aamuisin sekä iltaisin, ennen ja jälkeen lääkkeen oton sekä 15 minuuttia lääkityksen jälkeen. (Haahtela ym. 1999, 227–228.) Uloshengityksen huippuvirtauksen eli PEF seurantaa varten täytyy opetella oikea puhallustekniikka, ja saatujen tulosten merkitseminen seurantalomakkeelle. PEF-arvot mitataan 1-2 viikon ajalta. Jos PEF-vuorokausivaihtelua ilmenee toistuvasti, on se merkitsevä löydös astman diagnoosin kannalta. (Käypä hoito -suositus, Astma 2006, 3.) Sekuntikapasiteetin eli FEV:n määrittäminen spirometrialla on PEF-mittausta vähemmän altis virhelähteille, herkempi ja toistettavampi. Spirometria-puhalluksen jälkeen potilas inhloi määräännoksen beetasymptomimeettia, ja spirometria uusitaan 10-15 minuutin kuluttua, minkä jälkeen diagnoosin saamiseksi potilaalla täytyy parantua PEF tai FVC vähintään 12 prosenttia ja vähintään 200 millilitraa lähtöarvosta. (Käypä hoito -suositus, Astma 2006, 4.) FVC tarkoittaa vitaalikapasiteettia, mikä tarkoittaa suurinta ilmamäärää, jonka potilas kykenee hengittämään ulos mahdollisimman täydellisen sisään hengityksen jälkeen. (Terminologian tietokannat 2010).

Keuhkoputkien supistumisherkkyyttä voidaan tutkia histamiini- tai metakoliinialtistuskokeilla. Kun keuhkoihin hengitetään alle 0.4 milligrammaa annos histamiinidifosfaattia ja se aiheuttaa vähintään 15 prosentin laskun, tulos on astmalle ominainen. Metakoliinialtistuskokeessa hengitettävä määrä on alle 0.6 milligrammaa. (Käypä hoito -suositus, Astma 2006, 4.)

Astmaatikon uloshengityksessä kuuluu usein vinkunoita, mutta keuhkojen askultaatiolöydös voi olla normaali (Käypä hoito -suositus, Astma 2006, 3). Askultaatiolla tarkoitetaan keuhkojen kuuntelututkimusta (Terminologian tietokannat 2010). Hengitysäniä on kuunneltava nopeassa ja voimakkaassa uloshengityksessä. Hengenahdistuksesta kärsivällä potilaalla kuuluu vinkunoita uloshengityksen, ja joskus myös sisäänhengityksen aikana. Uloshengityksen, ja joskus myös sisään

hengityksen aikana, hengenahdistuksesta kärsivältä potilaalta kuuluu vinkunoita. Jos kyseessä on vaikea kohta, hengitysäännet voivat hiljentyä ja vinkunat hävitä. (Käypä hoito -suositus, Astma 2006, 3.)

Astmaattinen tulehdus osoitetaan ysköstutkimuksella tai uloshengityksen typpioksidin mittaamisella. Astmapotilaalta, joka oireilee vahvasti, löytyy ysköksestä yleensä eosinofiilisia valkosoluja ja näistä soluista vapautuvien liukoisten merkkiaineiden suurentuneita pitoisuuksia. Myös allergologinen tutkimus tehdään jokaiselle potilaalle, koska heistä monet ovat herkistyneet ympäristön allergeeneille. Allergiologisessa tutkimuksessa ihon pistotestit ovat ensisijaisia. (Haahtela ym. 1999, 227–228.)

Ammattiaastmaa voidaan epäillä, jos potilas työskentelee ammatissa, jossa on suurentunut astman riski, tai käyttää työssään jotain yleisesti ammattiaastmaa aiheuttavaa ainetta (Käypä hoito -suositus, Astma 2006, 4-5). Yleisimmät ammattiaastmaa aiheuttavia aineita ovat muun muassa homesienet, rehut, jauhot, viljat, eläinten epiteeli ja karvat, puupöly, varastopunkit, kampaamokemikaalit sekä hitsaushuurut (Tammilehto, 2007). PEF-työpaikkaseuranta käynnistetään, jos potilaan oireet lievittyvät töistä pois ollessa. Diagnoosi voidaan myös varmistaa hengitysteiden spesifisellä altistuskokeella, jos diagnoosiin ei päästä oirekuvan ja PEF-seurannan perusteella. Jos muut tulokset tukevat ammattiaastmaa, negatiivinen tulos altistuskokeessa ei poissulje ammattiaastman diagnoosia. (Käypä hoito -suositus, Astma 2006, 4-5.)

3 ASTMAN HOITO

Alkavan tai lievän astman hoidon tavoitteena on oireettomuus sekä normaali keuhkojen toiminta. Kroonistuneen astman hoidon tarkoituksena on vähentää astman oireet minimiin sekä hyvä keuhkojen toiminta (Käypä hoito, 2006). Astman hoidon tavoitteena on myös estää astman pahenemista tupakoimattomuus, saada astmaatikko aktiivisesti mukaan sairautensa hoitamiseen ja hyvä elämänlaatu. Aikaisella diagnoosilla sekä hoidon ajoituksella voidaan hidastaa astman etenemistä ja keuhkojen toiminnan huonontumista. Astman hoidon perustana on sekä lääkehoito että ei-lääkkeellinen hoito. Alkuvaiheen astma voi parantua oireettomaksi, ja samalla keuhkojen toiminta normalisoituu. Sen sijaan hoitamaton astmatulehdus voi johtaa pienten keuhkoputkien jäykistymiseen. (Iivanainen ym. 2007, 376.)

3.1 Ei-lääkkeellinen hoito

Astmaatikon tulisi lopettaa tupakointi, sillä sekä aktiivinen että passiivinen tupakointi pahentavat astman oireita, aiheuttavat keuhkohtauman riskin sekä lisäävät allergisen herkistymisen vaaraa. Tupakointi vaikuttaa haitallisesti hengityselimistön toimintaan lisäämällä limaneritystä, häiritsemällä värekarvatoimintaa sekä lisäämällä limakalvon läpäisevyyttä, jolloin allergeenit pääsevät helpommin kosketuksiin immuunijärjestelmän kanssa. Lisäksi tupakointi pahentaa astmaa lisäämällä hengitystieinfektioiden riskiä ja vaurioittamalla hengitysteiden limakalvoja. (Haahtela 2007.) Tutkimukset osoittavat myös sen, että tupakointi raskauden aikana lisää lapsen mahdollisuuksia sairastua astmaan. Raskausaikana tupakoivien äitien lapsilla on kaksinkertainen riski sairastua astmaan alle neljävuotiaana verrattuna niihin lapsiin, joiden äidit eivät tupakoi raskauden aikana. (Karolinska institutet, 2008.)

Fyysinen harjoittelu on hyväksi astmaatikoille, sillä se vahvistaa hengityslihaksia ja siten helpottaa hengittämistä. Lisäksi fyysinen liikunta parantaa hapenottokykyä, vähentää taipumusta raskasastmaan, tehostaa liman irtoamista, edistää rintakehän liikkuvuutta ja kohentaa kuntoa. Liikunnalla on myös edistäviä vaikutuksia astmaatikon psyykkiseen sekä sosiaaliseen hyvinvointiin, sillä se lisää selviytymisen tunnetta, rentouttaa, antaa onnistumisen elämyksiä, edesauttaa sosiaalisia kontakteja sekä virkistää. Astmaatikolle soveltuvia liikuntamuotoja ovat muun muassa kävely, pyöräily, uinti, voimistelu, tanssi, kuntosaliharjoittelu ja hiihto. Kuitenkaan

astmaatikolle ei suositella sukellusta, laskuvarjohyppyä ja yli 2500 metrin korkeudella tapahtuvaa vuorikiipeilyä, vaellusta eikä hiihtoa, sillä ilman lämpötila ja ilmapaine vaikuttavat epäedullisesti hengityskaasujen vaihtoon. (Iivanainen ym. 2007, 382.) Myös Tikkasen (2010) mukaan liikunnalla oireet vähenee kunnon noustessa, jonka myötä hengittäminen on helpompaa. Suositeltuja liikuntamuotoja ovat mm. kävely, juoksu, jumppa ja kuntosaliharjoittelu. Yli 10 asteen pakkasella liikuntaa on kuitenkin harrastettava maltillisesti. Allergista astmaa potevan on vältettävä siitepölyisessä ympäristössä liikkumista. Lisäksi nuhakuumeen ja hengitystieinfektion jälkeen on liikuttava maltillisesti. Riskilajeja ovat Tikkasen mukaan myös sukellus sekä korkeassa ympäristössä tapahtuva hiihto, vaellus ja vuorikiipeily.

Vaikka liikunnalla on hyvä vaikutus astmaan, voi liikunnan aikana laueta rasitusoireita, varsinkin jos harrastaa liikuntaa kylmässä ilmassa, kovassa tuulessa, hengitysteiden ärsytystilan aikana sekä liian raskasta liikuntaa pitkäjaksoisena. Näitä rasitusoireita voi ennalta ehkäistä hyvällä hoitotasapainolla sekä ottamalla keuhkoputkia avaavaa lääkettä noin 15 minuuttia ennen fyysistä harjoittelua, ja tarvittaessa myös sen jälkeen. Jos harrastaa pitkäkestoista liikuntaa, kannattaa lisäksi juoda nesteitä 15 minuutin välein, sillä nesteiden nauttiminen pitää hengitystiet kosteina ja ehkäisee hengenahdistusta sekä mahdollista ärsytysyskää. (Iivanainen ym. 2007, 382.) Tikkasen (2010) mukaan astma ei rajoita liikkumista lääkityksen ollessa kunnossa. Lääkitys on tasapainossa, kun rasituksen yhteydessä ei ilmene oireita.

3.2 Lääkehoito

Astman lääkehoidon perustana ovat anti-inflammatoriset eli limakalvon tulehdusta rauhoittavat sekä bronkodilatoivat eli keuhkoputkia avaavat lääkkeet. Lääkkeet annostellaan joko tabletteina, annosaerosolina, inhalaatiojauheena tai inhalaationesteenä. Sisäänhengitettävien eli inhaloitavien lääkeaineiden käytön tavoitteena on paikallinen ja nopea lääkeainepitoisuus keuhkoputkien limakalvoilla, mutta pieni pitoisuus verenkierrossa. (Iivanainen ym. 2007, 377.)

3.2.1 Anti-inflammatoriset eli astmatulehdusta vähentävät lääkkeet

Kortikostereoidit (lyhennettynä stereoidit) ovat sekä astman alkuvaiheen että kroonisen taudin lääkehoidon kulmakivi. Ne vaikuttavat tulehdussolujen kertymiseen sekä toimintaan ja siten vähentävät limakalvon tulehdusta. Jo alkuvaiheessa astmaa tulisi hoitaa tehokkaasti anti-

inflammatorisella lääkityksellä, ja siksi inhaloitavat kortistereoidit ovat ensisijaisia lääkkeitä (Laitinen ym. 2000, 271.) Yleensä anti-inflammatorisessa (kuten kortikosteroidi) lääkityksessä käytetään step up step down- periaatetta, jonka mukaan lääkitys säädetään suhteellisen suuriannoksisen alkuvaiheen jälkeen mahdollisimman pieneksi, jolla saadaan astma pysymään hallinnassa (Helin-Salmivaara, Mäkinen & Haahtela, 2005.)

Inhaloitavat kortikostereoidit ovat tehokkaita ja turvallisia, jos niiden käyttö on oikeanlaista. Paikallisena haittavaikutuksena osalle astmaatikoidle kehittyy nielun tai suun hiivainfektio, joka voidaan ennaltaehkäistä huuhtomalla suu vedellä joka annoskerran jälkeen, sekä käyttämällä lääkkeen annossa sumutussäiliötä. Suuria kortikostereoidi annoksia käytettäessä lisääntyy verenkierron välityksellä ilmenevien haittavaikutusten riski, kuten osteoporoosin eli luukadon riskiä. (Nurminen 2004, 203.) Astmaatikoilla inhaloitavien kortikostereoidien hoitovaste on useimmiten hyvä, mutta joskus sairaus voi vaatia kortikosteroidilääkitystä, joka annetaan tabletteina lyhyinä kuureina. Tabletteina annettavaa kortikosteroidilääkitystä tarvitaan, kun astmaoireet pahenevat esimerkiksi hengitystieinfektion yhteydessä. (Nurminen 2004, 203.)

Valitettavasti jotkut potilaat eivät haluaisi käyttää kortikosteroidi lääkitystä, jolloin puhutaan kortisonipelosta. Kortisonipelosta huolimatta apteekkari Petra Vidgren suosittelee Eskolan (2000) artikkelissa, että kortikosteroidi-lääkitystä noudatettaisiin kirjaimellisesti, sillä kortisonipelko johtaa lopulta vain annostusten suurenemiseen. Jos hengitettävän kortisonin annostusta säästelee, joudutaan astmatulehdus myöhemmin sammuttamaan kortisonitableteilla, jolloin yhden päivän kortisonitabletti annos vastaa kuukauden inhalaatioannosta. Lisäksi Kortikosteroidi-lääkityksen tärkeys on tullut esille myös Uudessa Seelannissa, jossa astmaatikot lääkitsivät astmaansa pelkästään keuhkoputkia avaavalla lääkityksellä. Ilman kortikosteroidi-hoitoa näiden astmaatikkojen keuhkoputkien tulehdustila paheni, mikä johti kohtauslääkkeiden tehottomuuteen ja lopulta aiheutti hengenvaarallisen astmakohtauksen. (Eskola, 2000.)

Kromoglikaatti ja sen sukulainen nedokromiili estävät limakalvotulehduksen kehittymistä ja pahentumista, vaikka ne eivät kunnolla nujerra jo syntynyttä tulehdusta. Kromonit ennaltaehkäisevät limakalvotulehduksen syntyä, ja ne vaikuttavat parhaiten allergiseen astmaan, vaikka niiden vaikutus on heikompi kuin inhaloitavien kortikostereoidien. Kromoneja voidaan käyttää säännöllisesti, joskin niistä voi olla hyötyä tilapäisannoksena esimerkiksi juuri ennen räsistusta tai allergeenialtistusta. Nedokromiilin vaikutukset astmatulehdukseen ovat samantapaiset, mutta mahdollisesti myös laaja-alaisempia, kuin kromoglikaatin. Nedokromiili soveltuukin

yksinään lievän astman hoitoon (Laitinen ym. 2000, 274.), ja vaikeassa astmassa sitä voidaan käyttää kortikostereoidien tukena. Lisäksi nedokromiili tehoaa myös yskään. Kaikesta huolimatta kromoglikaattia ja nedokromiilia ei käytetä vaikeassa kroonisessa astmassa, sillä niiden teho ei tavallisesti riitä. (Laitinen ym. 2000, 275.)

Leukotrieenien estäjiin kuuluvat tsafirlukasti ja montelukasti ovat tabletteina otettavia lääkeaineita, joita käytetään lievän tai keskivaikean astman hoidossa. Nämä lääkkeet salpaavat leukotrieenien reseptorit ja siten estävät leukotrieni-nimisten aineiden vaikutusta (Nurminen 2004, 204.) Estämällä leukotrieenien vaikutusta tsafirlukasti sekä montelukasti vähentävät limakalvon tulehdusta ja keuhkoputkien supistumisalttiutta (Nurminen 2004, 205).

3.2.2 Keuhkoputkia laajentavat lääkkeet

Sympatomimeetit stimuloivat keuhkoputkien sileän lihaksiston sympaattisen hermoston beetareseptoreita, jonka seurauksena keuhkoputket laajenevat. Tällaisia beetasympatomimeetteja (beetamimeetteja) ovat muun muassa salbutamoli ja fenoteroli. Lyhytvaikutteisina sympatomimeetit ovat välttämättömiä akuuttien astmaoireiden hillitsemisessä, mutta on kiistanalaista, onko niiden säännöllisellä käytöllä hyötyä astman pitkäaikaishoidossa. Aiemmin sympatomimeetteja pidettiin astmaatikkojen ensisijaisena jatkuvana lääkityksenä, mutta nykyään niitä suositellaan käytettäväksi ainoastaan hengitysoireiden ilmaantuessa, sekä oireiden ennaltaehkäisyyn ennen räsitusta. Mitä vähemmän sympatomimeetteja tarvitaan astman hoidossa, sitä paremmassa hoitotasapainossa astma on. Sympatomimeettien haittavaikutuksia ovat päänsärky, sydämentykytys ja vapina. (Nurminen 2004, 205.) Pitkävaikutteiset sympatomimeetit, formoteroli ja salmeteroli, ovat astman jatkuvampaan hoitoon tarkoitettuja inhaloitavia lääkeaineita. Ne eivät ole ensisijaisia lääkkeitä astman hoidossa, mutta niitä voidaan käyttää, jos asianmukaisesta kortikosteroidilääkityksestä huolimatta ei saavuteta riittävää hoitotasapainoa, tai jos kortikosteroidi ei astmaatikolle sovi (Nurminen 2004, 206.)

Antikolinergiset lääkkeet laajentavat keuhkoputkia estämällä parasympaattisen hermoston välittäjäaineen asetyylikoliinin keuhkoputkia supistavan vaikutuksen. Tällaisia antikolinergisia lääkeaineita ovat ipratropiini ja oksitropiini. Näitä lääkkeitä käytetään oireidenmukaisesti inhaloiden (Nurminen 2004, 206.)

Teofylliini on suun kautta otettava astmalääke, ja sitä käytetään silloin, kun inhaloitava kortikostereoidi ja tarvittaessa otettava beeta-2-sympatomimeetti eivät riitä pitämään astmaoireita kurissa. Teofylliini rentouttaa keuhkoputken sileää lihaksistoa, sillä on lievä limakalvojen tulehdusta ehkäisevä vaikutus sekä se edistää hengitysteiden värekarvatoimintaa. Pieninä annoksina otettuna teofylliini ei juuri aiheuta haittavaikutuksia, mutta kun annos suurenee, ilmenee sivuvaikutuksia, kuten vatsavaivoja, päänsärkyä, unettomuutta, hermostuneisuutta ja hikoilua. (Haahtela, 2007.)

3.2.3 Muut lääkkeet

Allergiasaneerauksella ja siedätyshoidolla on merkitystä keuhkoputkien limakalvon tulehduksen hallintaan ja niiden supistumisherkkyyden vähentämiseen. Esimerkiksi atooppisessa astmassa niillä saavutetaan joskus pysyvä tulos ja usein lievitystä (Laitinen ym. 2000, 269.) Allergiasaneerauksen avulla pyritään vähentämään sekä poistamaan ympäristöstä astmaoireita aiheuttavat tekijät, kuten lemmikkieläimet, huonekasvit sekä pölyä keräävät kohteet (Jaatinen & Raudasoja 2004, 94).

Hypohoitoa eli siedätyshoitoa voidaan käyttää vaikeissa eläin- ja siitepölyallergioissa, jos astman lisäksi ilmenee nuha- ja silmäoireita. Siedätyshoito saattaa vähentää keuhkoputkien hyperaktiivisuutta eli liikatoimintaa. Perinteisellä siedätyshoidolla tarkoitetaan pistohoitoa eläimelle, siitepölylle tai pölypunkille allergiselle henkilölle (Iivanainen ym. 2007, 379.) Hypohoidossa pitkävaikutteista hoitouutetta annetaan ihonalaisena pistoksena surevina annoksina aluksi kerran viikossa. Kun on saavutettu suurin siedetty annos, pidennetään pistosväliä 4-8 viikkoon, ja tätä tilannetta kutsutaan ylläpitohoidoksi. Yleensä hoitoa jatketaan yhtäjaksoisesti kolmen vuoden ajan. (Iivanainen ym. 2007, 380).

Limaneritys ja yskä ovat astman keskeisiä oireita, sillä ne ovat merkkejä limakalvon tulehduksesta. Yskää hillitseviä lääkkeitä voidaan lyhytaikaisesti käyttää häiritsevän yöyskän lievittämiseen. Kuitenkin astman hyvä hoito on parasta hoitoa limaneritykseen ja yskään, sillä nämä oireet merkitsevät sairaustilaa, jonka korjaannuttua myös yskä ja limaneritys katoavat (Laitinen ym. 2000, 278.)

Antibiootteja on käytetty vaihtelevasti astman hoidossa. Antibioottien käyttö astman pahenemisvaiheessa on turhaa, sillä pahenemisen syynä on harvoin bakteeritauti. Kuitenkin antibiootteja tarvitaan astmaan hoitoon joskus astman liittyvien bakteerikomplikaatioiden, keuhkoputkitulehdusten, välikorvatulehduksen ja nenän sivuontelotulehduksen vuoksi. Antihistamiineilla ei ole juurikaan sijaa astman hoidossa, mutta niitä kuitenkin tarvitaan usein astmaan liittyvien iho-oireiden ja nuhan hoitamiseen. (Laitinen ym. 2000, 278.)

Särkylääkeherkkyyttä esiintyy noin 10 prosentilla kaikista astmapotilaista. Jos astmaatikolla todetaan ASA (Asetyyylisalisyylihappo)-herkkyys, on ehdottoman tärkeää välttää kaikkia anti-inflammatorisia NSAID-ryhmän lääkkeitä (esimerkiksi asetyyylisalisyylihappo, ibuprofeeni ja

ketoprofeeni). Näille henkilöille sopivia kipulääkkeitä ovat muun muassa tramadoli ja parasetamoli.
(Laitinen ym. 2000, 285.)

4 ASTMAATIKON OHJAUS JA OMAHOITO

Astmaatikon ohjatulla omahoidolla tarkoitetaan hoitokäytäntöä, joka koostuu tehokkaasta potilasohjauksesta. Potilas ohjataan uloshengityksen huippuvirtausarvojen (PEF) kotimittaukseen, oireiden seurantaan sekä potilaan oma-aloitteiseen lääkityksen käynnistämiseen astman pahenemisvaiheessa. (Laitinen, Juntunen-Backman, Hedman & Ojaniemi 2000, 56–57.) Astmapotilaan omahoidon kokonaisuuteen kuuluu myös liikunta ja ärsykkeiden välttäminen. (Käypä hoito -suositus, Astma 2006, 14.)

Astmaatikon ohjatussa omahoidossa selvitetään potilaan yskän, limannousun, vinkumisen ja hengenahdistuksen syyt, jonka jälkeen potilas ymmärtää, minkä takia ja miten limakalvoja hoitavaa peruslääkitystä tulisi käyttää. Oireet katoavat tavallisesti potilaalta silloin, kun limakalvon tulehdus on hallinnassa. (Haahtela, Hannuksela & Terho 1999, 248.) Jokaiselle potilaalle annetaan yksilöohjausta, ja myös astmaryhmiä voidaan koota. Lisäksi apteekkihenkilöstö voi ohjata astmaatikkoa lääkkeiden oikeaan käyttöön lääketoimijoiden yhteydessä. (Käypä hoito -suositus, Astma 2006, 14.)

Kansallinen astmaohjelma suosittelee omahoitoa keskeiseksi hoitosuunnitelmaksi. Ohjattu omahoito soveltuu potilaille jotka haluavat ottaa vastuun omasta hoidosta sekä ovat yhteistyökykyisiä. Niillä potilailla, jotka ovat saaneet ohjauksen, elämänlaatu on parempi ja hoidosta aiheutuneet kustannukset pienemmät. Avohoitokäyntejä ja sairauspäiviä on puolet vähemmän ohjatun omahoidon ryhmissä olevilla sekä steroidi- ja antibioottikuurien tarve on puolet pienempi. (Haahtela ym. 1999, 248.) Astmaatikon ohjatusta omahoidosta hyötyvät jatkuvaa astmaa sairastavat, ajoittaista astmaa sairastavat eivät tavallisesti tarvitse ohjattua omahoitoa. (Laitinen ym. 2000, 57).

5 ASTMA OSANA VARHAISAIKUISEN ELÄMÄÄ

Varhaisaikuisuuden kehitystehtäviä ovat muun muassa koulutuksen aloittaminen, kodista irtautuminen, työelämään siirtyminen ja omavastuullisen elämän aloittaminen (Vuorinen & Tuunala 2002, 94). Lisäksi kehitystehtäviä varhaisaikuisilla ovat oman fyysisen olemuksen hyväksyminen, sukupuoliroolien omaksuminen sekä uusien suhteiden luominen ikäkumppaneihin (Sankari & Jyrkämä 2001, 195). Varhaisaikuiset vertailevat elämäntilannettaan muiden samanikäisten tilanteisiin, ja asettavat tavoitteet itselleen näiden vertailujen pohjalta (Sankari & Jyrkämä 2001, 196). Sosiaalinen identiteetti saavutetaan 18–25-vuoden iässä, ja tällöin nuorelle muodostuu maailmankuva sekä elämänkatsomus. Maailmankuvan avulla nuori hallitsee vuorovaikutusta ympäristön kanssa, ja se on tärkeä osa psyykkistä kehitystä. Tässä ikäkaudessa elävä nuori joutuu liittämään sisäisiin malleihinsa nopeasti monipuolistuvia kokemuksia. Maailmankuva tuo järjestystä elämään ja lisää turvallisuuden sekä oikeassa olemisen tunnetta. Tällä voidaan myös suojautua itseä uhkaavilta asioilta, ja se auttaa esimerkiksi kodista irtautumisessa. (Vuorinen & Tuunala 2002, 101.) Elämänpyörteet rauhoittuvat yleensä 25–26 ikävuoden jälkeen (Sankari & Jyrkämä 2001, 199).

Astma voi tuntua astmaatikosta pelottavalta ja ahdistavalta. Astmaan voi liittyä, tai sen lisäksi voi astmaatikolla olla, monenlaisia ongelmia, kuten esimerkiksi fyysisiä oireita, pelkoa, vaikeuksia ihmissuhteissa tai seksuaalisia ongelmia. Erityisesti nuoret astmaatikot voivat torjua oman sairautensa ja siten laiminlyödä sen hoitoa. Tämän seurauksena heillä voi olla muun muassa terveyttä kuluttavia elämäntapoja (kuten tupakointia ja runsasta alkoholinkäyttöä), psyykkistä oireilua sekä muuta riskikäyttäytymistä. (Iivanainen ym. 2007, 382.) Kajosaaren mukaan (2004) astmaa sairastavien nuorten hoitomyöntyvyys saattaa vaihdella, oireita voidaan vähätellä ja niihin totutaan ja vaarana on oireiden paheneminen piilevästi. Nuoren astman hoidolle luo erityisen haasteen nuoruuteen liittyvä itsenäistymishalu, neuvojen vastaanottamattomuus, vanhemmista irtautuminen, erilaisuuden välttäminen ja lääkitystarpeen kieltäminen. Myöhemmät elintavat tulevat nuoruusiällä ja joillakin nuorista on selkeästi hakeutumista riskikäyttäytymiseen.

Astmaatikko voi tuntea turvattomuuden tunnetta sekä pelkoa, ja sairastavalla voi olla myös ongelmia sosiaalisessa kanssakäymisessä. Sairaudesta voi seurata erilaisia ongelmatilanteita, joihin astmaatikko joutuu käyttämään erilaisia keinoja kuten varovainen elämäntyyli, hoitoon

sitoutuminen, tiedon hankkiminen, toivon ylläpitäminen sekä koettujen sairauskokemusten uudestaan arvioiminen myönteisessä mielessä. (Laitinen, Juntunen - Backman, Hedman & Ojaniemi 2000, 49.)

Stressi ja psyykkiset tekijät voivat pahentaa astmaa, laukaista astmaoireita ja edistää tämän taudin puhkeamista niille henkilöille, joilla on perinnöllinen alttius astmalle. Pitkäkestoinen sairaus aiheuttaa aina psykososiaalisia seurauksia, jotka pitäisi huomioida. Sairauden syiden epäselvyys, vaarallisilta tuntuvat pahenemisvaiheet ja toimintakyvyn heikentyminen aiheuttavat masennusta sekä pelkoja, ja nämä tuntemukset voivat lisätä oireilua. (Laitinen ym. 2000, 270.)

Psykososiaalisilla tekijöillä on merkitystä astmassa. Psykososiaalisia tekijöitä ovat esimerkiksi asenteet ja uskomukset. Nämä voivat vaikuttaa siihen, miten astmaa sairastava motivoituu astman hoitoon ja sen kautta vaikuttaa astman hallintaan. Eri elämänalueille voi ilmetä ongelmia kuten työkyvyttömyyttä ja taloudellisia vaikeuksia, mutta nämä eivät kuitenkaan liity suoraan astmaan, mutta voivat kuitenkin vaikeuttaa sairautta ja pahentaa tilannetta. (Laitinen ym. 2000, 49.)

Astmaa sairastavat kokevat elämänlaatunsa heikommaksi kuin ne henkilöt, jotka eivät sairasta astmaa. Joka toisella aikuisista astmaatikoista on rajoitteita, jotka koskevat muun muassa fyysistä rasitusta kuten liikuntaa ja urheilua. Neljäsosa astmaatikoista kokee rajoitteita liittyen sosiaalisiin tilanteisiin. Mitä vaikeampi astma on, sitä laajemmin se huonontaa astmaatikon elämänlaatua. Kun astmapotilaalla oireilu on lievää ja toimintakyky hyvä, heidän elämänlaatunsa on osoittautunut hyväksi. (Ikäheimo 2000, 27.) Erot elämänlaadussa eivät liity sinänsä astmadiagnoosiin vaan astman luonteeseen (Aalto, Klaukka, Rissanen, Hakola, & Kerppilä 1999, 75). Selvimät erot astman elämänlaadun heikkenemisestä tulevat esille koetussa terveydessä sekä fyysisten terveysongelmien aiheuttamana päivittäisten tehtävien suorittamisessa (Aalto ym. 1999, 65).

Kun astma on lievää, on astmaatikkojen elämänlaatu keskimääräisesti parempaa kuin muiden pitkäaikaissairaiden suomalaisten elämänlaatu. Psyykkisessä hyvinvoinnissa lievää astmaa sairastavat eivät eroa terveisiin suomalaisiin verrattuna. Kuitenkin lievää astmaa sairastavien terveydentila ja fyysinen toimintakyky ovat terveitä suomalaisia heikompia. Vaikeaa astmaa sairastavien elämänlaatu on selvästi heikompi verrattuna lievempää astmaa sairastaviin. (Laitinen ym. 2000, 50.)

Ruotsissa, Norjassa ja Islannissa on tehty tutkimus, jossa selvitettiin 500:n työssä käyvän astmaatikon elämänlaatua. Tutkimuksessa selvitettiin, miten työssä käyvät astmaatikot kokevat elämänlaadun sekä hoitoon sopeutumisen. Tutkimuksen mukaan astma heikentää enemmän naisten elämänlaatua kuin miesten. Tutkimuksessa saadun tiedon mukaan naiset olivat enemmän huolissaan sairaudestaan, heillä oli vaikeuksia nukkua yöllä ja he olivat väsyneempiä päivän aikana. Tutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi se, että naiset seuraavat paremmin hoitosuosituksia kuin miehet. (Sundberg, 2009.)

Astma ei rajoita Kontulan & Paljakan (2009) mukaan tavallista elämää, jos sen hoito on tasapainossa, ja arjessa selviytymistä tuetaan kuntoutuksella. Kuntoutus tukee sairauden hallintaa muun muassa lääkehoidon ja tupakoimattomuuden lisäksi.

5.1 Astmaan sopeutuminen

Astmaan sopeutumisessa keskeisinä asioina ovat ihmisten sairautta koskevat maallikkokäsitykset tai teorit, mitkä ohjaavat sairauskäyttäytymistä ja oireiden tulkintaa. Nämä käsitykset liittyvät sairauden tuntomerkkeihin, syihin, keston, sairauden hallittavuuteen ja paranemismahdollisuuteen. Sairauskäsityksiin vaikuttavat omakohtaiset kokemukset, läheisten ihmisten uskomukset sekä ympäröivässä kulttuurissa olevat sairauskäyttäytymiset. Sairauteen sopeutumisessa astmaatikon täytyy jäsentää oma elämäntilanteensa sekä toimia aktiivisesti astman hallitsemiseksi ja muutostilanteista selviytyäkseen. (Laitinen ym. 2000, 52.)

Astman hyväksyminen voi olla vaikeaa etenkin murrosikäiselle. Säännöllisen lääkityksen toteuttaminen vie aikaa, ja murrosikäinen voi tuntea itsensä erilaiseksi kuin muut ikäisensä. Sopeutumista astmaan helpottaa lääkityksen hyvä vaste. Toisaalta oireiden nopeasti lieventyessä lääkkeitä ei enää oteta. Joskus murrosiän kapinointiin liittyy lääkityksen laiminlyönti. Hoito voi olla alkuvaiheessa vastenmielistä, koska nykypäivän terveysajattelun mukaan kaikki ovat terveitä ja pärjääviä. (Koivuniemi 2007, 1.)

Sairauteen sopeutuessa voidaan käyttää keinoja, jotka auttavat sairauden ja sen hoitoon liittyvien ongelmien ratkaisussa, sekä keinoja, joilla käsitellään sairauden herättämiä tunteita. Näitä keinoja ovat varovaisuus, oireita pahentavien tekijöiden välttäminen, tiedon ja neuvojen hankkiminen, yleisen aktiivisuuden ylläpito (kuten työ tai harrastus) sekä sitoutuminen omatoimiseen hoitoon.

Sairauden herättämiä tunteita voidaan käsitellä esimerkiksi tilanteen myönteisellä uudelleenarvioinnilla, huumorilla ja toivon ylläpidolla, mitä voi olla aktiivinen elämänhalu ja luottamus lääkkitykseen, hoidon apuun sekä kehitykseen. (Laitinen ym. 2000, 53 - 54.)

5.2 Astmaatikon vastuu sairaudestaan

Hoitohenkilökunnan tulisi osata motivoida astmaatikkoa kunnolliseen omahoitoon, sillä on osoitettu, että ohjattu ja perusteltu omahoito lisää hoitomotivaatiota, vähentää kustannuksia sekä parantaa ennustetta. Lisäksi omahoidossa olevien astmaatikkojen vointi paranee, ja sairauden aiheuttama terveydenhuollon palvelujen, sairauslomien ja lisälääkityksen käyttö vähenee. (Laitinen ym. 2000, 280).

Lääkäri Kontulan (Tervakosken terveystakeskus) mukaan astmaatikko on itse ratkaisevassa asemassa oman hoitonsa suhteen, sillä ”Omahoidon edellytys on, että potilas ottaa sataprosenttisesti vastuun itsestään. Hän siis oivaltaa, että tämä on minun sairauteni, minun elämäni ja minulla ovat avaimet astmani hoitoon”, (Kontula, 2000.) Kuitenkin on hyvä muistaa, ettei omahoito tarkoita yksinhoitoa. Vastuu astman hoidosta on aina astmaatikolla itsellään, mutta kaikki eivät osaa tai eivät jaksaa ilman tukea hoitaa sairauttaan vuodesta toiseen. Tämän vuoksi astmaatikon tulisi käydä vuosittain tarkastuksessa, jossa käydään läpi astmaatikon oireet, hänen lääkehoitonsa tarkistetaan, arvioidaan hänen PEF- mittauksia sekä kerrataan omahoidon ydinkohdat (Mäkinen, Helin-Salmivaara, Erhola & Kaila, 2004.)

Astmaatikon olisi hyvä muistaa, että omahoito on tärkeä osa sairauden hoitoa. Astmaa sairastavan henkilön tulisi muistaa, ettei sairaus ole pelkkä epä mukavuus, vaan usein nuoren henkilön oireileva sairaus, joka voidaan saada oireettomaksi hyvällä hoidolla. Jos astmaa ei hoida, se voi muuttua krooniseksi ja johtaa keuhkoputkien pysyviin muutoksiin (Mäkinen ym. 2004.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena pidetään usein neljää seikkaa. Tutkimus voi olla ennustava, selittävä, kuvaileva tai kartoittava. Ennustavan otteen tarkoituksena on kirjaimellisesti ennustaa tapahtumia tai ihmisten toimintoja, jotka ovat seuraamusta jostain ilmiöstä. Selittävässä otteessa pyritään etsimään selitystä ongelmalle tai tilanteelle, sekä tunnistaa todennäköisiä syy-seurausketjuja. Kuvailevassa otteessa tutkija esittää tarkkoja kuvauksia henkilöistä, tapahtumista tai tilanteista, sekä dokumentoi ilmiöistä keskeisimmät ja mielenkiintoisimmat piirteet. Kartoittavassa otteessa yritetään löytää uusia näkökulmia sekä ilmiöitä, ja selittää vähemmän tunnettuja ilmiöitä. Tutkimuksessa voi sisältyä yksi edellä mainituista tarkoituksista, mutta on hyvä kuitenkin huomioda, että tutkimukseen voi myös sisältyä useampia kuin yksi tarkoitus. (Hirsijärvi ym. 2004, 129–130).

Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvailla varhaisaikuisten astmaatikkojen pärjäämistä elämässään kroonisen sairautensa kanssa. Työmme tarkoituksena on kuvailla astman vaikutusta heidän fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen hyvinvointiin. Tutkimuksemme tarkoituksena on myös kuvailla varhaisaikuisten astmaatikkojen hoidon toteutumista.

Tutkimustehtävämme ovat:

- 1) Miten varhaisaikuinen astmaatikko kokee sairautensa osana elämäänsä?
- 2) Miten varhaisaikuinen astmaatikko hoitaa sairauttaan?

Työmme tavoitteena on antaa hoitotyön ammattilaisille lisää tietoa astmasta ja sen vaikutuksesta varhaisaikuisen elämään sekä antaa vertaistukea muille astmaatikoille. Toivomme, että moni astmaatikko lukisi tutkimuksemme, ja siten saisimme heidät pohtimaan sitä, mikä rooli astmalla on heidän elämässään sekä miten he itse hoitavat sairauttaan. Opinnäytetyömme antaa myös hoitoalan ammattilaisille lisää näkökulmia siihen, miten astma vaikuttaa varhaisaikuisen elämään, ja millaisissa asioissa astmaatikko tarvitsee hoitohenkilökunnan apua.

7 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, sillä tämän tutkimusmenetelmän avulla voimme kuvailla astmaatikon elämää, ja kykenemme tutkimaan tutkimuksemme kohdetta eli varhaisaikuisia astmaatikkoja kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen avulla pystymme paremmin syventymään astmaatikon elämään, ja täytämme siten opinnäytetyömme tutkimussuunnitelma tavoitteemme.

Koska laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistokeruumenetelmät ovat kysely, havainnointi, haastattelu sekä erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Tammi & Sarajärvi, 2002, 73), aiomme työssämme haastatella 18–25- vuoden ikäisiä astmaatikkoja. Valitsimme tiedonkeruumenetelmäksi haastattelun, sillä haastattelun etuna on joustavuus. Lisäksi haastattelutilanteessa on mahdollista toistaa kysymys, oikaista väärinkäsitykset, käydä keskustelua tiedonantajan kanssa sekä selvittää ilmausten sanamuotoja. (Tammi ym. 2002, 75).

7.1 Tiedonantajien valinta

Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena eivät ole tilastolliset yleistyksiset, vaan laadullisen tutkimuksen tärkeimpiä pyrkimyksiä ovat muun muassa jonkin ilmiön tai toiminnan kuvaaminen. Siten on tärkeää, että tiedonantajat omaavat mahdollisimman paljon tietoa tai kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Näin tiedonantajien valinta tulee olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 87.)

Tiedonantajien valinnassa käytämme eliittiotantaa eli harkinnanvaraista aineistonkeruumenetelmää. Eliittiotannassa tutkimuksen tiedonantajien perusjoukon koolla ei ole konkreettista merkitystä. Haastateltaviksi voidaan valita ne henkilöt, joilta oletetaan saavan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 88).

Valitsemme tutkimuksen tiedonantajiksi neljä varhaisaikuista astmaatikkoa, jotka ovat iältään 18–25 -vuotiaita. Tärkeimmät kriteerit, jotka asetamme tiedonantajillemme, ovat ne, että he sairastavat astmaa ja he ovat itse vastuussa oman sairautensa hoitamisesta. Tiedonantajat etsimme koulumme, Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön sähköpostilla lähettämämme

kirjeen (liite 1) avulla. Ennen kuin aloitamme etsimään tiedonantajia, anomme tutkimusluvan Oulun seudun ammattikorkeakoulun, sosiaali- ja terveysalan yksikönjohtajalta Kari Virolaiselta.

7.2 Aineiston kerääminen

Valitsimme opinnäytetyöhömmä haastattelumuodoksi teemahaastattelun. Teemahaastattelu on avoimen haastattelun ja lomakehaastattelun välimuoto, jossa haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa tai järjestystä. (Hirsjärvi ym. 2004, 197).

Teemahaastattelu ei etene tarkkojen, yksityiskohtaisten tai valmiiksi muotoiltujen kysymysten kautta, vaan haastattelu kohdentuu väljemmin tiettyihin, ennalta suunniteltuihin teemoihin. Teemahaastattelussa aiempien tutkimusten ja aihepiiriin tutustumisen pohjalta valmistetut teemat ovat kaikille tiedonantajille samat, vaikka aihepiireissä liikkuminen on väljää ilman tarkkaa etenemisreittiä. Teemahaastattelussa annetaan tiedonantajien vapaalle puheelle tilaa, vaikka ennalta päätetyt teemat pyritään keskustelemaan. Teemojen puhumisjärjestys on vapaa, ja kaikkien tiedonantajien kanssa ei välttämättä puhuta samoista asioista samassa laajuudessa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Teema-alueiksi valitsimme fyysisen hyvinvoinnin, psyykkisen hyvinvoinnin, sosiaalisen hyvinvoinnin sekä hoidon (liite 2). Aineiston kerääminen tapahtui nauhoittamalla haastattelut, jotta haastattelun aukikirjoittaminen olisi mahdollista haastattelujen jälkeen. Lisäksi teimme haastattelun yhteydessä itsellemme kirjallisia muistiinpanoja helpottaaksemme haastattelujen aukikirjoittamista. Annoimme tiedonantajillemme mahdollisuuden valita haastattelupaikan, joka heille sopisi parhaiten. Haastattelut tapahtuivat tiedonantajillemme tutuissa ympäristöissä. Huolehdimme siitä, että haastattelutilanteet olivat mahdollisimman rauhallisia, eikä ympärillä ollut häiriötekijöitä, esimerkiksi melua tai ulkopuolisia henkilöitä kuuntelemassa. Haastattelun ajankohta sovittiin tiedonantajien kanssa siten, että aika oli molemmille osapuolille sopiva, ja molemmilla osapuolilla oli aikaa haastattelun toteuttamiseen. Haastattelumme kestivät noin puolesta tunnista tuntiin. Kumpikin opinnäytetyöntekijöistä haastatteli kahta tiedonantajaa.

7.3 Aineiston analysointi

Aloitimme aineiston aukikirjoittamisen eli litteroinnin heti ensimmäisen haastattelun jälkeen, ja litteroimme jokaisen haastattelun välittömästi sen tehtyäme. Litteroimme haastatteluaineistomme tarkasti sanasta sanaan. Kuitenkin muutamia sanoja emme saaneet (lukuisista kuuntelukerroista huolimatta) kirjoitettua auki äänitteen epäselvyyden vuoksi. Todennäköisesti näillä sanoilla ei olisi ollut suurta merkitystä tutkimuksemme lopputuloksen kannalta. Litteroitua aineistoa meille kertyi yhteensä yhdeksän sivua (fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1), ja litteroinnin suoritimme siten, että kummallakin kertyi saman verran litteroitavaa.

Käytimme analyysimenetelmänä sisällön analyysia. Sisällönanalyysilla tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan yleistävästi ja lyhyesti kuvailla tai ilmiöiden väliset suhteet saada selville. Sisällönanalyysissa on olennaista se, että tutkimusaineistosta erotetaan erilaisuudet sekä samanlaisuudet. (Janhonen & Nikkonen, 2001, 23).

Aloitimme analysoinnin heti, kun olimme saaneet tehtyä haastatteluaineiston litteroinnin. Aluksi lähdimme lukemaan aineistoa useaan kertaan, jotta kykenisimme paremmin hahmottamaan kokonaisuuden eikä mikään tutkimuksemme kannalta oleellinen tieto jäisi huomioimatta. Samalla kun luimme aineistoamme, merkitsimme eri numeroin eri tutkimustehtäviin liittyviä ilmauksia, eli luokittelimme lukemaamme ja koodasimme aineistomme. (Hirsjärvi & Hurme, 2000, 161).

Kun olimme saaneet koodattua aineistomme, suoritimme aineiston pelkistämisen eli redusoinnin. Pelkistäminen tarkoittaa sitä, että analysoitavasta aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois, eli pelkistäminen voi olla aineiston tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Tällöin pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä. (Tuomi & Sarajärvi, 2000, 111). Alleviivasimme erivärisillä kynillä tutkimustehtäviin vastaavia alkuperäisilmauksia, jonka jälkeen kirjoitimme sarakkeeseen pelkistetyt ilmaukset alkuperäisilmauksista. Huomioimme pelkistämisen yhteydessä, että pelkistetyt ilmaukset olisivat mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kuin ne olivat alkuperäisessä aineistossa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

Analyysissä pelkistämistä seuraava vaihe on ryhmittely. Ryhmittelyssämme pyrimme yhdistämään samaa tarkoittavat ilmaisut samaksi luokaksi, ja niille annettiin sitä sisältöä kuvaava nimi. (Janhonen & Nikkonen, 2001, 28). Analyysivaiheessa yhdistimme pelkistetyistä ilmauksista ne

asiat, jotka kuuluivat yhteen, ja nimesimme ne sisällön mukaisesti. Sarakkeelle annoimme nimeksi alaluokka. Kolmas vaihe meidän analyysissämme oli aineiston abstrahointi, eli siinä yhdistimme samansisältöiset luokat, jolloin saimme yläluokan (Janhonen & Nikkonen, 2001, 29). Ennen kuin aloimme yhdistävien luokkien muodostamista, kirjoitimme alaluokat erilliselle paperille, jonka ansiosta meillä oli helpompi hahmottaa kokonaisuus sekä muodostaa yhdistävät luokat ja pääluokat. Analysointiprosessia olemme havainnollistaneet liitteessä 3.

7.4 Eettisyys

Laadullisen tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita ovat tiedonantajien vapaaehtoisuus, heidän henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus. Lisäksi on tärkeää, etteivät tutkijat vahingoita tutkimuksellaan tiedonantajiaan (Janhonen & Nikkonen, 2001, 39). Tiedonantajille täytyy kertoa rehellisesti tutkimuksen aiheesta ja tarkoituksesta, haastattelun nauhoituksesta sekä siitä, miten aineistoa käytetään ja hävitetään. Koska tiedonantajilla on oikeus säilyttää anonymiteetti, eli heidän henkilöllisyyttä ei paljasteta, täytyy tutkijoiden käyttää peitenimiä, ja ymmärrettävyyden kannalta henkilötiedot, ja ei-niin tärkeät yksityiskohdat, on jätettävä pois, jotta tiedonantajien henkilöllisyydet eivät paljastuisi. (Janhonen & Nikkonen, 2001, 256).

Tutkimuksessa lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisille annetaan mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Tällä tavoin kunnioitetaan ihmisten itsemääräämisoikeutta. On selvitettävä, kuinka henkilöiden suostumus hankitaan, millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy ja millaisia tietoja heille annetaan. Tutkimukseen osallistuvalla henkilöltä edellytetään yleensä asiaan perehtyneesti annettu suostumus. Perehtyneisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimukseen osallistuvalla selvitetään kaikki tärkeät näkökohdat tulevasta tapahtumasta, siitä mitä saattaa tapahtua tutkimuksen aikana, mitä paljastetaan tutkimushenkilölle sekä että tutkimukseen osallistuva ymmärtää tämän informaation. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 25).

Opinnäytetyössämme huolehdimme eettisyydestä siten, että kerroimme tiedonantajillemme, että heidän osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Tiedonantajat ottivat itse meihin yhteyttä, joten tiedonantajat olivat täten vapaaehtoisesti halukkaita osallistumaan tutkimukseemme. Tiedonantajamme saivat itse valita mieleisensä haastattelupaikan ja ajankohdan. Tutkimukseen osallistuvia pyydettiin myös ennen haastattelua allekirjoittamaan suostumus. Ennen kuin

suoritimme haastattelut, kerroimme tutkimukseen osallistuville, mitä tutkimme, mikä on tutkimuksemme tarkoitus ja miten aiomme käyttää tiedonantajiltamme saatuja tietoja työssämme. Haastatteluihin varasimme aikaa siten, että tiedonantajat pystyivät vastaamaan ajan kanssa kysymyksiimme, emmekä kiirehtineet heitä. Kun tiedonantajat saivat itse valita haastattelun ajankohdan, ei ollut kiirettä heidänkään puolesta. Nauhoitimme haastattelut ja haastattelun jälkeen aukikirjoitimme nauhat alle kahdessa viikossa, jonka jälkeen tuhosimme nauhat. Haastattelujen aukikirjoittamisen jälkeen tuhosimme myös kirjalliset muistiinpanot laittamalla paperit paperisilppuriin. Kun olimme saaneet liitettyä tutkimustyöhömmme tiedonantajiltamme saadut, tutkimuksemme kannalta oleelliset tiedot, tuhosimme myös aukikirjoitetut tekstit paperisilppurin avulla. Työssämme ei tule millään lailla esiin tiedonantajiemme henkilöllisyyttä (esimerkiksi nimeä, asuinpaikkaa ja sukupuolta) tai mitään muutakaan tietoa, josta heidät voisi tunnistaa.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Meidän tutkimuksemme tiedonantajina oli neljä 18–25- vuoden ikäistä, astmaa sairastavaa henkilöä. Saimme sähköpostitse yhteensä kahdeksan yhteydenottoa tutkimuksestamme kiinnostuneilta varhaisaikuisilta astmaatikoilta. Kuitenkin valitsimme neljä tiedonantajaamme sillä perusteella, että saisimme monipuolista tietoa tutkimukseemme, ja halusimme tiedonantajiksi henkilöitä, joille astma oli ajankohtainen. Emme esimerkiksi hyväksyneet tiedonantajiksi henkilöitä, joilla astma ei ollut oireillut vuosiin eivätkä he tarvinneet lääkehoitoa. Tiedonantajistamme kolme oli saanut astman diagnoosin murrosiässä, kun taas yhden tiedonantajamme diagnoosi oli tehty ala-asteikäisenä. Tiedonantajamme kertoivat vapaasti siitä, miten he kokevat sairautensa osana elämäänsä ja miten he hoitavat astmaansa. Esihaastatteluiden avulla testasimme, miten haastattelurunko toimi käytännössä. Saamiamme tutkimustuloksia käymme läpi tutkimustehtävien mukaisesti järjestyksessä kuvioita hyödyntäen.

8.1 Astman vaikutus fyysiseen hyvinvointiin

Osa tiedonantajistamme kertoi, että heillä on **säännöllisesti astmaoireita**, kuten hengenahdistusta, flunssaoireita ja väsyneisyyttä. Nämä henkilöt tarvitsivat oireittensa vuoksi, säännöllisen hoitavan astmalääkityksen lisäksi, tarvittaessa otettavaa avaavaa lääkettä. Osalla tiedonantajistamme ilmeni **oireita kausittain**, kuten influenssa-kausina, rasituksessa sekä astmaa pahentavien tekijöiden (eläimet, tupakansavu, hajusteet, pöly) yhteydessä.

”No flunssa-aikaan tulee oireita, jolloin pitää ottaa sitä avaavaa lääkettä. Ja joskus saattaa tulla jos on vaikka hirveen savuinen paikka mutta ei mitenkään muuten.”

”Yleensä ahistaa henkeä ja tulee aika paljon flunssaoireita, sitä lähinnä sellaista et allergista niinku heinänuha ois vähä niin kuin koko ajan.”

Tiedonantajistamme vain yhdelle ei astma tuottanut suuria **rajoituksia** fyysiseen hyvinvointiin. Muilla tiedonantajilla ilmeni rajoituksia, osalle pieniä mutta osalle hieman suurempia. Fyysiseen hyvinvoinnin rajoitukset liittyivät liikuntaan, eläimiin ja savuihin sekä hajusteisiin paikkoihin.

”Ei astma sinänsä ole hidastanut.”

”Se on ehkä semmonen ikävä puoli, et mä tykkään tosi paljon eläimistä ja niitten kans ei voi sitten olla niin palijo.”

”Ehottomasti kaikki kemikaalit ja hajusteet ja elikkä kaupoissa, jos haisee voimakkaalle, tai sitten ihan jos julkisilla paikoilla ihmiset jos haisee voimakkaalle hajusteille, ni se ehottomasti pahentaa aika kovastikkin.”

Puolelle meidän tiedonantajillemme oli tullut **allergioita** samoihin aikoihin, kun astma-oireet olivat alkaneet ilmaantua. Toiselle tiedonantajalle oli tullut eläinallergia ja toiselle oli tullut eläin-, pöly- ja ruoka-aineallergioita. Kahdelle tiedonantajalle ei ollut koskaan ilmaantunut allergioita, eivätkä he ole huomanneet, että astman yhteydessä olisi puhjennut mikään muu sairaus.

”Astman puhkeamisen aikaan mulle puhkes kaikki allergiatkin mitä mulla tällä hetkellä on niistä niin jollakin lailla ne on sitten yhteydessä astmaan.”

8.2 Astman vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin

Kolmelle tiedonantajallemme oli ilmaantunut negatiivisia tunteita sairautensa vuoksi. He tunsivat **harmia ja kiukkua** sairastumisen sekä oireilun vuoksi. Vaikka nämä henkilöt kokivat negatiivisia tunteita, olivat he kuitenkin **helpottuneita** siitä, että heidän oireisiinsa oli löytynyt syy, ja että he saavat sairauteensa hoitoa. Ainoastaan yksi tiedonantajista ei kokenut astman vaikuttaneen hänen psyykkiseen hyvinvointiinsa.

”Mää oon miehellekkii joutunut välillä sanno, et silloin niinä päivinä kun on hankala olla ja on hankala hengittää ni mä oon aika kiukkuinen.”

”Mää olin lähinnä helepottunut siitä kun löyty tuo diagnoosi, kun olin ollut kauan kipiänä.”

”Eipä oikeastaan oo mittään muutoksia mielialassa, se on itelle ollut aina silleen luonnollinen asia.”

Haastatteluissamme kävi ilmi, että jokainen tiedonantaja oli pohtinut sitä, kuinka astma on krooninen sairaus, ja kuinka se on aina läsnä heidän elämässään. Kolme tiedonantajista oli nopeasti oppinut hyväksymään sairautensa, ja he olivat **sopeutuneet** siihen. Sen sijaan yhden tiedonantajan kohdalla ilmeni, että hänellä oli kestänyt vuosia ennen kuin hän oli oppinut hyväksymään sairautensa. Astman diagnoosin jälkeen hän oli pitkän ajan torjunut ajatuksen kroonisesta sairaudestaan, mutta kun oireet olivat pahentuneet, hän opetteli hyväksymään sairautensa.

”Kyllähän se alussa, ku sai diagnoosin, vähä pelotti tämä sairaus. Mutta sitten ku sai sitä tietoo ja huomasi että astman kanssa kykenee elämään, ni sitä paremmin pystyi asian hyväksymään ja oppimaan sen kanssa elämään.”

”Se on itelle ollut aina silleen luonnollinen asia, sitä kun tulee astmaperheestä.”

”Aluksi tosiaan en ajatellut sitä ollenkaan, et meni varmaan tosi monta vuotta ennen kuin mää halusin uskoa, et mulla on astma ja sit kun tiesin, et se on krooninen niin käsitin, et siitä en myöskään pääse eroon.”

8.3 Astman vaikutus sosiaaliseen hyvinvointiin

Kolme meidän tiedonantajistamme oli saanut **ohjausta ja tukea** sairauteensa. Pääsäännöllisesti joko tiedonantajiemme äiti tai isä oli tukenut sekä ohjannut heitä. Myös muu **lähipiiri** (sisarukset, sukulaiset, ystävät) oli tukenut heitä. Yhden tiedonantajan kohdalla kävi ilmi, ettei hän ollut saanut tarpeeksi tukea ja ohjausta, mikä johtunee suurimmaksi osaksi siitä, ettei hän ole ottanut kaikkea tarjottua tukea vastaan.

”Kyllä mää oon saanut tarpeeksi ohjausta, varsinkin veljeltäni jolla myös on astma.”

”Tietoa oon saanut ja perhe on tukenut.”

”En silleen hirveesti oo saanut ehkä sitä tukea. Kerran joku lääkäri tais mainita noin kolme vuotta sitten, et paikkakunnalla järjestetään vertaistukiryhmiä ja ois mahdollisuus päästä hengitysliiton tukiryymiin, et niitä järjestetään tälläisiä, mut en oo käynyt koskaan missään.”

Kolme tiedonantajistamme oli saanut myös **hoitohenkilökunnalta** ohjeita ja neuvoa sairautensa kanssa elämisestä. Hoitoon osallistuvien lääkäreiden ja hoitajien antama ohjaus oli tiheämpää silloin, kun astma oli vasta todettu. Yksi tiedonantajistamme koki, ettei hän ollut sairautensa alussa saanut tarpeeksi ohjausta hoitohenkilökunnalta. Tosin hän ei välttämättä olisi sitä halunnutkaan. Tällä hetkellä kukaan haastateltavistamme ei ole saanut hoitohenkilökunnalta ohjausta pitkiin aikoihin. Tosin he kokivat, etteivät tällä hetkellä tarvitse yhtä tiheää ohjausta ja tukea kuin sairauden alkuvaiheessa.

”Ja ohjausta on saannut silloin kun kävin niissä astmatutkimuksissa ja kokeissa, ja silloin tuli tietoa sieltä henkilökunnaltakin.”

”En mä muista edes milloin oisin viimeksi käynyt lääkärin tai hoitajan luona juttelemassa tästä sairaudesta. Oisko pari vuotta sitten. Tosi enpä mä kaipaakaan enää neuvoa, ku kuitenkin niin hyvin osaan hoitaa ja oireitakaan ei pahemmin enää ole.”

Tiedonantajamme kokivat, ettei astma ole juurikaan **rajoittanut** heidän sosiaalista elämäänsä. Haastatteluissa tuli ilmi pieniä asioita, joiden vuoksi tiedonantajiemme piti välttää tietynlaisia paikkoja, kuten savuisia paikkoja ja julkisia kulkuneuvoja, mutta he eivät kokeneet sitä liian rajoittavana tekijänä. Yksi tiedonantajistamme korosti, kuinka hänestä on epäreilua astmaattikkoja kohtaan se, kun sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulun vessoissa käytetään voimakastuoksuisia hajusteita ja hiuslakkoja, mikä hankaloittaa astmaattikkojen hyvinvointia.

”No eipä se oikeastaan oo. No en kehtaa ottaa sitä tarvittaessa lääkitystä ihmisten ilmoilla, et meen vaikka vessaan ottamaan.”

8.4 Astman hoito

Tiedonantajamme kokivat hoitonsa olevan tällä hetkellä **tasapainossa**. Astmadiagnoosin jälkeen kolme tiedonantajista oli kokenut vaikeuksia astman hoitamisessa. Kahdella heistä oli välillä vaikeuksia muistaa ottaa hoitavaa lääkettä säännöllisesti, ja yksi heistä toi ilmi, ettei ollut halukas hoitamaan sairauttaan. Yhdellä tiedonantajistamme astman hoitaminen on alusta lähtien sujunut hyvin, eikä hänellä ole ollut ongelmia hoidon kanssa.

”Silloin en monneen vuoteen ajatellut, et se on niinku sillain hirveen merkittävä tekijä, et taisin silloin aika huonosti hoitaakkin sitä silloin aluksi.”

”Ei se sillain erilaiselta tai pittää tietenkä ne lääkkeet muistaa ottaa aina vaikka ei oiskaan oireita. Se oli ehkä semmoinen vaikein, et muistaa ottaa ne aina aamua iltaa.”

”Mulla ei ole koskaan ollut vaikeuksia astman hoitamisessa.”

Tiedonantajien **lääkehoito** toteutui siten, että kolme tiedonantajistamme tarvitsi päivittäin otettavaa hoitavaa lääkettä. Yksi tiedonantajistamme oli käyttänyt pidemmän ajan hoitavaa lääkettä, mutta koska hänellä oli astma niin hyvässä hoitotasapainossa, oli hän yhdessä lääkärin kanssa päättänyt lopettaa hoitavan lääkkeen käytön. Kaikki tiedonantajistamme joutuivat ajoittain käyttämään avaavaa lääkettä astmaoireiden ilmaantuessa tai niiden pahentuessa.

”Päivittäin otan hoitavan lääkkeen, ja jos ne oireet pahentuu esimerkiksi flunssa aikana, ni sitten mä otan myös sen avaavan lääkkeen.”

”En käytä enää hoitavaa lääkettä. Pääosin avaavaa lääkettä, mutta on mulla aina myös hoitava lääkekin varulta. Mä aina uusin molemmat lääkkeet mutta hoitavaa lääkettä en ole tarvinnut.”

Haastateltavamme toteuttivat lääkehoidon lisäksi myös **omahoitoa**. Haastateltavamme harrastivat liikuntaa ja yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta kukaan ei polttanut tupakkaa. Kaikki haastateltavat välttelivät myös niitä asioita, jotka pahentavat heidän oireitaan, kuten esimerkiksi eläinpölyä. Kaikki haastateltavamme ymmärsivät sen, kuinka omahoito on tärkeää lääkehoidon rinnalla.

”Ja tietenkin mä pyrin liikkumaan enkä tupakoi.”

”Tietenki sitä pyrkii liikkumaan säännöllisesti ja välttelee niitä tekijöitä, jotka aiheuttaa oireita, kuten eläimet. Vielä kun tuon tupakoimisenkin sais lopettua ni sitten olisi varmaan hoito vielä paremmin hallinnassa.”

Kaikki henkilöt ymmärsivät hoidon tärkeyden, ja kuinka hyvällä hoidolla voi pitää astman oireet hallinnassa ja estää, ettei sairaus pahennu. Kaikki haastateltavat olivat tällä hetkellä **sitoutuneita hoitoonsa**. Vain yhdellä henkilöllä oli sairautensa alkuvaiheessa ongelmia hoidon sitoutumisen kanssa, mutta hän alkoi hoitaa sairauttaan paremmin silloin, kun hänen oireensa pahenivat. Hoitoon sitoutuminen näkyi tiedonantajillamme omahoidon toteuttamisena sekä oikeanlaisesta lääkityksestä huolehtimisena, vaikkei oireita olisikaan juuri sillä hetkellä.

”Kyllähän sen on huomannu, että ku hoitaa tätä astmaa niin on oireet lieventyneet ja olo parantunut. Kyllähän se motivoi mua huolehtimaan tästä.”

9 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksemme tarkoituksena oli vastata kysymyksiin, miten varhaisaikuinen astmaatikko kokee sairautensa osana elämäänsä ja miten hän hoitaa sairauttaan. Haastattelimme neljää iältään 18–25-vuotiasta astmaatikkota. Kaikki tiedonantajamme olivat sairastuneet astmaan ennen täysi-ikäisyyttä, ja jokainen astmaatikko oli vastuussa omasta sairaudestaan.

Tutkimustulostemme mukaan tiedonantajamme osasivat tunnistaa oireensa, ja he tiesivät, mitä pitää tehdä oireiden pahentuessa. He osasivat myös vältellä niitä tekijöitä, jotka saattoivat pahentaa astman oireita. Kuitenkin yksi tiedonantajista poltti tupakkaa, mikä on haittatekijä astman hyvän hoidon kannalta. Kaikilla tiedonantajillamme ilmeni astman oireita, joko säännöllisesti tai kausittain.

Yksi tiedonantajistamme ei kokenut astman rajoittaneen hänen fyysistä hyvinvointiaan. Loput tiedonantajistamme kokivat, että astma oli rajoittanut heidän fyysistä hyvinvointia joko lievästi tai voimakkaammin. Rajoitukset koettiin niissä tekijöissä, jotka voivat pahentaa heidän oireitaan, kuten liikunta kylmällä ilmalla, savuiset paikat ja eläinten lähellä oleminen. Kuitenkaan heillä ei ollut suuria fyysisiä rajoitteita koskien ammattiaan, urheilemista ja päivittäisten toiminnoista selviytymistä. Tähän asiaan voi tietysti vaikuttaa heidän nuori ikänsä. Ikäheimon tekemässä väitöstutkimuksessa (2008) oli tutkittu aikuisten astmaatikkojen kokonaiskuvaa. Tutkimuksessaan Ikäheimo oli saanut selville, että 37 prosenttia 40-vuotiaista ja sitä vanhemmista astmaatikoista koki sairautensa heikentäneen heidän suoriutumiskykyä päivittäisissä toiminnoissa ja fyysisessä rasituksessa. Tosin tutkimuksessaan Ikäheimo tuo esille myös sen, että keski- ja eläkeikäisille astmaatikoille sairaus on keskimäärin vaikeampaa kuin nuorille aikuisille.

Tiedonantajistamme kaksi oli sairastunut johonkin allergiaan astman sairastumisen yhteydessä. He kokivat astmaoireittensa pahentuvan aina allergisten tekijöiden ollessa lähettyvillä. Ylilääkäriin Kavan (2008) kirjoittamassa artikkelissa ilmenee, että monilla astmaatikoilla on yhteys heinänuhaan sekä allergiseen nuhaan. Kava tuo artikkelissa esiin tutkimuksen, jossa seurattiin 23 vuoden ajan 738 henkilöä, joista 162:lla oli allerginen nuha. Tutkimuksessa kävi ilmi, että allergista nuhaa sairastavista henkilöistä 10,5 prosenttia oli sairastunut astmaan keskimäärin neljänkymmenen

vuoden ikään mennessä, kun astman sairastumisen osuus muiden joukossa oli ainoastaan 3,6 prosenttia.

Tutkimustuloksissamme kävi ilmi, että astma on tuonut osalle tiedonantajillemme negatiivisia tunteita, kuten kiukkua ja harmia. Iho- ja allergiasairaalan psykiatri Tilli toteaa Kurosen (2009) artikkelissa, että astmaan voi liittyä pelkoa sekä ahdistusta. Tilli kertoo myös, että astman yhteys paniikkihäiriöön on vahva ja 7-25 prosenttia astmaatikoista sairastaa astmansa lisäksi paniikkihäiriötä. Tiedonantajistamme kenelläkään ei ilmennyt paniikkihäiriön kaltaisia oireita, vaan negatiiviset tuntemukset jäivät pääosin turhautuneisuuden ja kiukustumisen asteelle.

Vaikkakin osalla tiedonantajista oli negatiivisia tuntemuksia sairaudestaan, olivat he helpottuneita saatuaan diagnoosin oireiluunsa, jota heillä oli ollut ennen astman diagnosointi. Yksi tiedonantajistamme koki, ettei sairaus ole tuonut hänelle mitään negatiivista tuntemusta, vaan hän koki sairautensa luonnollisena asiana. Ikäheimon väitöstutkimuksessa (2008) kerrottiin, että jos astmaatikon oireilu on hallinnassa anti-inflammatorisella lääkityksellä, astmaa sairastava potilas voi yleisesti arvioiden hyvin.

Tutkimuksessamme kävi ilmi, että jokainen tiedonantajamme oli tällä hetkellä sopeutunut sairauteensa, vaikka sopeutuminen krooniseen sairauteen vei kaikilla tiedonantajillamme oman aikansa. Yksi tiedonantajistamme oli sopeutunut sairauteensa hyvinkin pian, kun taas kaksi tiedonantajaa sopeutui sairauteensa vasta, kun he olivat saaneet astmasta tarpeeksi tietoa ja ohjausta. Yhdellä tiedonantajallamme meni vuosia ennen kuin hän sopeutui sairauteensa ja hyväksyi sen, että astma tulee aina olemaan hänen elämässään mukana.

Tiedonantajamme olivat saaneet ohjausta ja tukea sairauteensa. Yhtä tiedonantajaa lukuun ottamatta saatu ohjaus ja tuki oli koettu riittäväksi. Tiedonantajista hän, joka ei ollut kokenut saaneensa riittävästi tukea, ei ollut ottanut kaikkea hänelle tarjottua tukea vastaan. Tukea oli saatu pääsääntöisesti lähipiiriltä, ja astman alkuvaiheessa tiedonantajat, yhtä lukuun ottamatta, olivat saaneet tukea myös hoitohenkilökunnalta. Tiedonantajista hän, joka ei ollut saanut sairauden alkuvaiheessa riittävästi tukea hoitohenkilökunnalta, ei sitä nuorempana ollut kaivannutkaan, mutta näin jälkeenpäin hän ajatteli, että olisi sairauden alkuvaiheessa tarvinnut enemmän tukea ja ohjausta. Hänen astmansa oli tällöin huonossa hoitotasapainossa, ja astman oireet vaikeuttivat huomattavasti hänen fyysistä hyvinvointiaan. Tiedonantajamme eivät kokeneet, että he olisivat sairauden alkuvaiheen jälkeen enää tarvinneet ohjausta ja tukea hoitohenkilökunnalta. Erikoistutkija

Vuorman (2007) mukaan astmaa sairastavat tuntevat hoidon olevan riittävää, kun he saavat riittävästi tietoa ja ohjausta sairaudestaan. Astmaatikot tuntevat hoidon olevan riittävää, jos he saavat riittävästi lääkärinhoitoa, eivät joudu käymään päivystävän lääkärin vastaanotolla, eivät joudu olemaan poissa työstä sairauden vuoksi, eivätkä ole joutuneet olemaan vuodeosastohoidossa sairauden pahenemisen vuoksi edellisen vuoden aikana. Jos joku näistä kriteereistä puuttuu, astmaa sairastavat henkilöt tuntevat hoitonsa olevan riittämätöntä.

Tutkimuksessamme kävi ilmi, ettei astma ollut rajoittanut merkittävästi tiedonantajien sosiaalista elämää. Tietyntylaisia paikkoja täytyi vältellä, mutta tiedonantajat eivät kokeneet sen rajoittavan sosiaalista elämää. Yhden haastateltavan kohdalla tuli ilmi häpeän tunne lääkkeiden ottamisen yhteydessä. Ikäheimon väitöstutkimuksessa (2008) mainitaan, että astmaa sairastavan täytyy yllättävän usein huomioida oireilua lisääviä altisteita, ja tämä aiheuttaa rajoituksia arki- ja työelämän tilanteissa sekä vapaa-ajalla. Näitä ongelmia on koettu esimerkiksi julkisissa liikennevälineissä ja yleisötapahtumissa. Ikäheimon mukaan nämä ongelmat ovat kuitenkin yleisempiä heillä, joilla astman oireilu on lisääntynyt viime vuoden aikana, kuin heillä, joilla oireilu on vähentynyt viimeisen vuoden aikana. Arkielämässä herkästi oireilevan astman taustalla saattaa olla puutteita lääkehoidossa.

Tiedonantajamme, yhtä lukuun ottamatta, olivat kokeneet astman alkuvaiheessa olevan ongelmia astman hoitamisen kanssa. Ongelmia tuli eniten esille lääkkeenoton muistamisen yhteydessä. Tiedonantajistamme yksi ei edes ollut astman alkuvaiheessa halukas hoitamaan sairauttaan, mutta myöhemmin hän ymmärsi hoidon tärkeyden astmaoireiden helpottuessa säännöllisen lääkityksen myötä. Ainoastaan yhdellä tiedonantajista ei ole koskaan ollut ongelmia astman hoidon kanssa. Tällä hetkellä tiedonantajat kokivat, että heidän astmansa hoito on tasapainossa. Ikäheimon väitöstutkimuksessa (2008) kerrotaan, että astmalääkkeiden käytön ongelmat ovatkin tavallisimpia niillä potilailla, joilla astmaoireilu on lisääntynyt verrattuna niihin astmapotilaisiin, joilla astmaoireilu on vähentynyt.

Kaikki tiedonantajamme toteuttivat lääkehoitoa astman hoidossa. Yhtä tiedonantajaa lukuun ottamatta kaikilla oli käytössä hoitava lääke. Jokainen tiedonantajistamme joutui käyttämään tarvittaessa avaavaa lääkettä. Lääkehoidon rinnalla tiedonantajamme toteuttivat omahoitoa. Tiedonantajamme tiedostivat omahoidon tärkeyden, vaikka yksi tiedonantajista tupakoi. Ikäheimon väitöstutkimuksessa (2008) kerrotaan tupakoinnin osuuden olevan huolestuttavan suuri nuorilla aikuisilla astmapotilailla. Ikäheimon mukaan tupakointi on yhteydessä muun muassa astmaatikon

hoidon ja avun tarpeeseen sekä astman vaikeusasteeseen. Omassa tutkimuksessamme ei tullut ilmi, että tupakoiva tiedonantajamme olisi kaivannut tukea ja ohjausta enemmän kuin muut tiedonantajamme.

Sairauden alkuvaiheessa yhdellä tiedonantajistamme oli ollut ongelmia hoitoon sitoutumisen kanssa, mutta tällä hetkellä kaikki tiedonantajamme olivat sitoutuneet hoitoonsa. Tiedonantajamme olivat sitoutuneet hoitoonsa viimeistään silloin, kun olivat huomanneet säännöllisestä lääkityksestä olevan apua elämässään. Hoitoon sitoutuminen näkyi tiedonantajillamme ennen kaikkea oikeanlaisesta lääkityksestä huolehtimisena sekä omahoidon toteuttamisena. Omahoidon toteuttaminen toteutui esimerkiksi välttämällä tietynlaisia paikkoja, joissa oleskelu pahensi astman oireita.

Tutkimustuloksissamme kävi ilmi, etteivät kaikki tiedonantajamme olleet saaneet kunnolla ohjausta astman alkuvaiheen aikana. Tämä ohjauksen puute näkyi siinä, ettei hoitoon oltu sitouduttu aluksi kunnolla. Tutkimustulostemme perusteella hoitajien olisi hyvä lisätä ohjausta astman alkuvaiheessa. Ohjaajan olisi myös syytä ottaa huomioon astmaatikon sosiaalinen ja psyykkinen tausta. Sosiaalinen tausta on syytä ottaa huomioon silloin, kun astmaatikko ei saa tukea sairautensa hoitamiseen omaisiltaan, vaan ainoa tuki jota hän saa, on lähtöisin hoitajalta. Tutkimustulostemme perusteella kaikki astmaatikot eivät välttämättä halua ottaa tukea vastaan astman alkuvaiheessa, joten tukea on hyvä tarjota astmaatikolle myöhemmin uudelleen huolehtimalla säännöllisistä kontrollikäynneistä.

Suomisen väitöstutkimuksessa (2010) todetaan potilaiden kokeneen tarvitsevan tietoa omista oikeuksistaan hoidon suhteen sekä tietoa astmaa pahentavista asioista. Vuoden sisällä astmaa sairastavien kokevat tarvitsevansa lisää materiaalia ohjauksen tueksi sekä enemmän tietoa kuntoutuksesta ja sairauden ennusteesta kuin kauemmin astmaa sairastavat potilaat. Tutkimuksen johtopäätöksissä todettiin, että astmapotilaan alkuvaiheen ohjausta tulisi suunnitella tarkemmin sekä omahoidon ohjaukseen tulee kiinnittää enemmän huomiota. Tämän väitöskirjan tulokset tukevat oman tutkimuksemme tuloksia siitä, että alkuvaiheen astmaa sairastavat tarvitsevat lisää tukea ja heidän ohjaukseen tulee suunnitella tarkemmin.

10 POHDINTA

10.1 Työn eteneminen

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen keväällä 2008, jolloin tutustuimme aiheeseen ja aloimme tehdä viitekehystä. Valmiin viitekehysten sekä tutkimussuunnitelman esitimme huhtikuussa 2009. Tutkimussuunnitelmamme hyväksyttiin lokakuussa 2010, jonka jälkeen haimme tutkimuslupaa ja heti luvan saatuaamme aloitimme aineiston keräämiseen. Haastatteluista saamamme vastaukset kirjoitimme puhtaiksi heti haastatteluiden jälkeen ja piakkoin myös analysoimme vastaukset. Valmiin työn esitimme marraskuussa 2010.

Työtä tehdessämme olemme oppineet perehtymään tutkimuksen tekoon vaihe vaiheelta. Työssämme tutkimussuunnitelman osuus vaati eniten perehtymistä aiheeseen, ja monesti meistä tuntui, että emme koskaan saa työtä valmiiksi tutkimussuunnitelman vuoksi. Kun olimme saaneet tutkimussuunnitelman tehtyä sekä saimme tutkimusluvut, teimme haastattelun ja aloimme tehdä analyysiä ja tutkimustulosten tarkastelua. Koimme näiden vaiheiden olevan työssämme helpompia, sillä oli helpompaa kirjoittaa, kun olimme saaneet aineiston tiedonantajiltamme. Meille on tullut yllätyksenä se, kuinka paljon opinnäytetyö vaatii aikaa. Tutkimuksemme aikana oman ajan organisointi on ollut haasteellista, ja yhteisen ajan löytäminen on ollut välillä vaikeaa.

10.2 Tulosten pohdintaa

Tutkimustehtävissämme halusimme selvittää, miten varhaisaiakuinen astmaatikko kokee sairautensa osana elämäänsä, ja miten hän hoitaa sairauttaan. Näihin tutkimustehtäviin saimme tutkimuksessamme vastaukset. Tutkimuksemme tukee aikaisempia tutkimustuloksia.

Tutkimustuloksissa ilmeni, että astma on rajoittanut suurimmalla osalla tiedonantajistamme fyysistä hyvinvointia, joko lievästi tai voimakkaammin. Sairauteen oli sopeuduttu, vaikka sopeutuminen krooniseen sairauteen vei kaikilla tiedonantajillamme oman aikansa. Ohjausta ja tukea oli saatu sairauteen. Suurin osa tiedonantajistamme oli kokenut tuen ja ohjauksen olevan riittävää. Erityisen ohjauksen ja tuen tarvetta ei koettu enää sairauden alkuvaiheen jälkeen tarvitsevan. Astma ei rajoittanut merkittävästi tiedonantajiemme sosiaalista elämää.

Astman alkuvaiheessa suurin osa tiedonantajistamme koki ongelmia sairautensa hoidossa. Tällä hetkellä tiedonantajat kokivat, että heidän sairautensa hoito on tasapainossa. Lääkehoidon rinnalla tiedonantajamme toteuttivat omahoitoa, ja hoidon tärkeys ymmärrettiin. Haastatteluhetkellä kaikki tiedonantajamme olivat sitoutuneet hoitoonsa.

10.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Työstämme laadittiin tutkimussuunnitelma, jonka avulla saimme tutkimusluvan Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden yksikönjohtajalta. Litteroimalla ja analysoimalla haastattelut saimme tutkimustulokset. Haastattelumme sujuivat hyvin, koska valmistelimme haastattelut huolella etukäteen ja teimme haastatteluidemme avuksi haastattelurungon.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa, kun tutkija kertoo tarkan selostuksen tutkimuksen toteuttamisesta, ja tämä tarkkuus koskee tutkimuksen jokaista vaihetta. Esimerkiksi tutkimuksessa täytyy kertoa selvästi ja totuuden mukaisesti ne olosuhteet, jossa aineistoa on tuotettu (Hirsjärvi ym. P. 2004. 217). Tutkimuksessamme tuomme hyvin esille, kuinka keräsimme tiedonantajamme, miten toteutimme haastattelutilanteet, kuinka kauan haastatteluihin meni aikaa ja kuinka pyrimme tiedonantajiemme kannalta mieluisiin haastattelutilanteisiin. Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy myös se, että tutkija kertoo tutkimuksessaan, millä perusteella hän tuo tulkintojaan ilmi, ja mihin tutkijan päätelmät perustuu. (Hirsjärvi ym. 2004. 218). Tutkimuksessamme kerroimme, minkälaisia tutkimustuloksia saimme, ja jokaisen tutkimustuloksen päätelmä syntyi tiedonantajilta saaduista tiedoista. Lisäksi liitimme tutkimukseemme suoria haastatteluotteita, joista tulee ilmi päätelmiämme. Huolehdimme kuitenkin siitä, ettei haastatteluotteista tule millään lailla ilmi tiedonantajiemme henkilöllisyyttä. Tutkimustuloksiamme vertasimme aikaisemmista tutkimuksista saatuihin tutkimuksiin, jotka olivat samansuuntaisia tutkimustulostemme kanssa, mikä lisää tutkimustuloksiamme luotettavuutta.

Tutkimuksen eettisiin vaatimuksiin kuuluvat esimerkiksi se, ettei toisen tekstiä plagioida, toisten tutkijoiden osuutta ei vähätellä, tuloksia ei yleistetä kritiikittömästi eikä raportointi saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 28). Työssämme emme käyttäneet tekstien suoraa kopiointia, ja tekstejä lainatessamme käytimme asianmukaisia lähdemerkintöjä, jossa tulee ilmi työn eettisyys. Työn eettisyyttä myös lisää se, ettemme ole kaunistelleet tai sepittäneet tutkimustuloksiamme. Olemme käyneet työssämme läpi

tutkimuksemme etenemistä, ja olemme kertoneen, mitä tutkimuksessa on tehty, ja nämä lisäävät tutkimuksen luotettavuutta.

10.4 Omat oppimiskokemukset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen tekeminen oli meille molemmille uusi asia, sillä kumpikaan meistä ei ollut aiemmin tehnyt tutkimusta. Tämän tutkimuksen myötä opimme, mitä eri vaiheita tutkimuksen tekemisessä on, miten tutkimus etenee ja millaisia asioita tulee ottaa huomioon tutkimusta tehdessä. Opimme hankkimaan tietoa eri lähteistä sekä suhtautumaan niihin kriittisesti. Tutkimustyömme ansiosta osaamme nyt arvioida laadullisen tutkimuksen työmäärää.

Tutkimuksemme ansiosta tietomme astmasta ja sen vaikutuksista astmaatikon elämään on syventynyt. Tiedonantajiemme antaman tiedon sekä kirjallisuuden ansiosta olemme oppineet paremmin astman hoidosta, ohjauksesta sekä miten astma voi vaikuttaa monella eri tavalla astmaatikon hyvinvointiin. Oppimaamme voimme käyttää hyödyksi toimiessamme sairaanhoitajina.

Tutkimuksen aikana olemme oppineet tekemään paremmin parityöskentelyä, työnjakoa sekä toisen mielipiteen huomioonottamista. Vaikka tutkimuksemme tekeminen on ajoittain tuntunut hyvin raskaalta ja synkältä, olemme saaneet toisiltamme voimaa jatkaa tutkimuksen tekemistä eteenpäin, ja olemme voineet tukea toisiamme heikkoina hetkinä. Tutkimuksen teon aikana opimme paremmin tuntemaan toisemme, ja ystävyysytemme syveni tutkimuksen teon yhteydessä.

Tutkimustuloksissamme nousi esille, kuinka varhaisaikuisilla astmaatikoilla kesti oma aikansa sopeutua elämään sairautensa kanssa. Mielestämme olisi hyvä tutkia sitä, mitkä tekijät edesauttavat tai hidastavat sairauteen sopeutumista, ja miten astmaatikkoa voisi paremmin tukea sopeutumaan sairautensa. Lisäksi suurin osa tiedonantajistamme koki astman toteamisen alkuvaiheessa olevan ongelmia sairauden hoitamisen kanssa. Jatkotutkimuksessa voisi tutkia paremmin näitä alkuvaiheen ongelmia, ja miten näihin ongelmiin voisi löytää ratkaisua.

Koska teimme laadullisen työn, ja haastattelimme ainoastaan neljää varhaisaikuista astmaatikkoa, olisi mielenkiintoista tietää, millaisia tuloksia tulisi, jos työmme muutettaisiin määrälliseen muotoon. Määrällisessä tutkimuksessa voisi kysellä samoja aiheita kyselylomakkeen avulla

useammalta 18–25 vuoden ikäisiltä astmaatikoilta, ja siten voisi vertailla tutkimuksen tuloksia meidän työstämme saatuihin tuloksiin.

LÄHTEET

Aalto, A-M., Klaukka, T., Rissanen, P., Hakola, R. & Kerppilä, S. 1999. Työikäisen astma Suomessa. Helsinki: Hakapaino Oy.

Eskola, R. 2000. Kortisonipelko johtaa turhaan suuriin annoksiin. Saatavilla www-muodossa <URL:http://www.laaketietokeskus.fi/page.php?page_id=263>. Hakupäivä 10.1.2010.

Haahtela, T. 2010. Tietoa potilaalle: Astma. Saatavilla www-muodossa URL: http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=astma. Hakupäivä 21.9.2010.

Haahtela, T. 2007. Astman hoito - tupakoinnin lopettaminen. Saatavilla www-muodossa URL:http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=alg00175&p_teos=alg&p_selaus=8018>. Hakupäivä 28.12.2009.

Haahtela, T. 2007. Teofylliini. Saatavilla www-muodossa <URL:http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=alg00204>. Hakupäivä 10.1.2010.

Haahtela, T., Hannuksela, M. & Terho, O. 1999. Allergologia. Jyväskylä: Duodecim.

Haahtela, T., Hannuksela, M., Mäkelä, M. & Terho, E. 2007. Allergia. Jyväskylä: Duodecim.

Haahtela, T. & Ryttilä, P. Astma. 2010. Saatavilla www-muodossa <URL: <http://www.allergia.com/index.phtml?s=39>>. Hakupäivä 3.1.2010.

Helin-Salmivaara, A., Mäkinen, R. & Haahtela, T. 2005. Uusien astmapotilaiden lääkehoito vaihtelee alueittain suuresti. Suomen lääkärilehti 60 (8). Saatavilla www-muodossa <URL: <http://www.rohto.fi/doc/Astma.pdf>>. Hakupäivä 3.1.2010.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsijärvi, S Remes & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6., uudistettu laitos. Vantaa: Tammavuoren kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. 10., osin uudistettu painos. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. 15., uudistettu painos. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2007. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Otava.

Ikäheimo, P. 2000. Suomalaisen aikuisen astma rekisteröinti ja kyselytutkimus. Oulu: Medica. Saatavilla [www-muodossa](#):

URL:<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514287725/isbn9789514287725.pdf>. Hakupäivä 14.11.2009.

Ikäheimo, P. 2008. Suomalaisen aikuisen astma- kysely- ja rekisteritutkimus vuonna 2000. Oulu: Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.

Jaatinen, T. & Raudasoja, J. 2004. Kansamme taudit. Porvoo: Bookwell.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: Bookwell.

Kajosaari, M. 2004. Nuorten astman erityispiirteitä. Suomen lääkärilehti. Saatavana [www-muodossa](#): <ULR:

http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=astmaoireita%20pahentavat%20t ekijät.

Karolinska institutet, 2008. Early exposure to tobacco smoke causes asthma and allergy. Sciencedaily. Saatavilla [www-muodossa](#)

<URL: <http://www.sciencedaily.com/releases/2008/07/080723170835.htm>>.Hakupäivä 22.11.2010.

Kava, T. 2008. Astma ja allerginen nuha. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.fi/tuomo_kava_astma_ja_allerginen_nuha.pdf)
URL:http://parempaaelamaa.fi/tuomo_kava_astma_ja_allerginen_nuha.pdf. Hakupäivä 19.11.2010.

Kinnula, V., Laitinen, L. & Tukiainen, P. 2000. Keuhkosairaudet. Jyväskylä: Duodecim.

Koivuniemi, M. 2007. Nuorta on tuettava astman hoidossa. Lääketietokeskus. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.fi/page.php?page_id=261): URL:http://www.laaketietokeskus.fi/page.php?page_id=261. Hakupäivä 20.1.2010.

Kontula, E. & Paljakka, K. Kuntoutus on mahdollisuus. 2009. Helsinki: Hengitysliitto Heli.
Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.fi/content/Julkaisut_materiaalit/Oppaat_aineistot/Muut_oppaat_ja_materiaalit/Kuntoutus_on_mahdollisuus.pdf):
URL:http://www.hengitysliitto.fi/content/Julkaisut_materiaalit/Oppaat_aineistot/Muut_oppaat_ja_materiaalit/Kuntoutus_on_mahdollisuus.pdf. Hakupäivä 14.11.2009.

Kuronen, M. 2009. Apua, mä kuolen! Tesso, sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti. (2).
Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.fi/FI/tesson+arkisto/tesso2/sivu/36.htm)
<URL:<http://dialogi.stakes.fi/FI/tesson+arkisto/tesso2/sivu/36.htm>. Hakupäivä 12.11.10

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11(1), 3-12.

Käypä hoito, 2006. Astma. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi06030)
<URL:<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi06030>. Hakupäivä 15.12.2010.

Laitinen, L., Juntunen-Backman, K., Hedman, J. & Ojaniemi, S. 2000. Astma. Jyväskylä: Duodecim.

Laitinen, L., Stenius-Aarniala, B. & Haahtela, T. 2000. Keuhkosairaudet. Jyväskylä: Duodecim.

Mustajoki, P. 2006. Terve ihminen, Suomalainen lääkekirja. Teoksessa Pentti Huovinen, Riitta Paananen & Maarit Huovinen (toim.) Terve ihminen, Suomalainen lääkekirja. Porvoo: Bookewll.

Mäkinen, M., Helin-Salmivaara, A., Erhola, M. & Kaila, M. 2004. Astman omahoito terveyskeskuksessa loppuun kaluttu luu vai uusi työkalu? Kunnallislääkäri 19 (6). Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.fi)

<URL:http://www.coronaria.fi/vaihe3/yle/kl/kl62004/astman_omahoito_terveyskeskuksissa.pdf>.
Hakupäivä 10.1.2010.

Nurminen, M-L. 2004. Lääkehoidon ABC. Porvoo: Bookwell.

Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavilla [www-muodossa](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/):
URL:<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Hakupäivä 20.4.2010.

Sankari, A. & Jyrkämä, J. 2001. Lapsuudesta vanhuuteen, iän sosiologiaa. Jyväskylä: Gummerus.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistys ry:n, Suomen lastenlääkäriyhdistys ry:n ja Suomen Kliinisen Fysiologian Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Päivitetty käypä hoito -suositus, Astma. 2006. Saatavilla [www-muodossa](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi06030):
URL:<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi06030>. Hakupäivä 5.12.2009.

Suominen, J. 2010. Astman omahoidon ohjaus ajanvarauspoliklinikalla -potilaan näkökulma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Sundberg, R. 2009. Women with asthma feel worse. Göteborg. Saatavilla [www-muodossa](http://www.sahlgrenska.gu.se/english/news_and_events/news/News_Detail/women-with-asthma-feel-worse.cid901893) <URL:
http://www.sahlgrenska.gu.se/english/news_and_events/news/News_Detail/women-with-asthma-feel-worse.cid901893>. Hakupäivä 22.11.2010.

Tammi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Tammilehto, L. 2007. Aikuisten astma. Saatavilla [www-muodossa](http://www.mehilainen.fi/aikuisten-astma)
<URL <http://www.mehilainen.fi/aikuisten-astma>>. Hakupäivä 24.11.2010:

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Terminologian tietokannat. 2009. Duodecim. Saatavilla [www-muodossa](http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/terveysportti/rex_terminologia.koti):
URL:http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/terveysportti/rex_terminologia.koti Hakupäivä 14.6.2009.

Tikkanen, H. 2010. Tietoa potilaalle: Astma ja liikunta – ohje potilaalle. Lääkärikirja Duodecim
<URL:http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=astmaoireita%20pahentavat%20tekijät.

Vuorinen, R. 2002. Psykologian perusteet, kehittyvä ihminen. Keruu: Otavan Kirjapaino Oy

Vuorma, S. 2007. Kohtaavatko terveyspalvelujen tarve ja tarjonta.. Saatavilla www-muodossa:
URL:http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2008/nro_1_2008/kohtaavanko_terveyspalvelujen_tarve_ja_tarjonta/. Hakupäivä 12.11.2010.

Hei

Olemme kaksi Oulun seudun ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijaa. Teemme opinnäytetyötä aiheesta astma ja kuinka varhaisaikuinen astmaatikko osaa elää sairautensa kanssa. Opinnäytetyötämme varten tarvitsemme haastateltavaksi 18 - 25 vuoden ikäisten astmaa sairastavia varhaisaikuisia. Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää, miten varhaisaikuinen astmaatikko kokee sairautensa osana elämäänsä ja miten varhaisaikuinen astmaatikko hoitaa sairauttaan. Työmme tavoitteena on antaa hoitotyönammattilaisille lisää tietoa astmasta ja sen vaikutuksesta varhaisaikuisen elämään sekä antaa vertaistukea muille astmaatikoille.

Toivomme että mielenkiintonne työmme osallistumiseen heräsi ja olisitte valmis siihen, että haastattelisimme teitä työhömmme. Osallistuminen on vapaaehtoista, ja henkilötietojanne emme julkaise tutkimustulosten yhteydessä ja se jää vain meidän haastattelijoiden omaan tietoon.

Jos kiinnostus heräsi ja haluatte olla mukana opinnäytetyössämme, niin ottakaa meihin yhteyttä joko vastaamalla tähän sähköpostiin tai soittamalla alla oleviin puhelinnumeroihin.

Ystävällisin terveisin

Titta Kotkavaara

Soile Myllymäki

Miten varhaisaikuinen astmaatikko kokee sairautensa osana elämäänsä?

Astman vaikutus fyysiseen hyvinvointiin.

- Millainen astma sinulla on ja milloin sairautesi diagnosoitiin?
- Millaisia oireita sinulla on?
- Mitkä tekijät pahentavat oireitasi?
- Oletko koennut astman rajoittaneen sinun fyysistä elämääsi, ja jos on, miten?

Astman vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin

- Miltä sinusta tuntuu elää sairautesi kanssa?
- Oletko huomannut mielialassasi muutoksia sen jälkeen kun sairastuit? Millaisia muutoksia?
- Onko sinulla ollut vaikeuksia sopeutua elämään sairautesi kanssa ja jos on, millaisia vaikeuksia?

Astman vaikutus sosiaaliseen hyvinvointiin.

Kertoisitko yleisesti miten astma on vaikuttanut sosiaaliseen hyvinvointiisi?

- Millaista tukea olet saanut lähipiiristäsi?
- Onko lähipiiri auttanut sinua sopeutumaan sairauteesi, ja jos on, miten?
- Onko astma rajoittanut sosiaalista elämääsi ja jos on niin miten?

Miten varhaisaikuinen astmaatikko hoitaa sairauttaan?

- Kertoisitko miten hoidat astmaasi?
- Mitä astmalääkkeitä sinulla on käytössäsi?
- Miten lääkehoito toteutuu käytännössä?
- Oletko vältellyt niitä tekijöitä jotka pahentavat astmaasi?
- Millaista ohjausta olet saanut astman hoitamiseen?
- Miten koet ohjauksen auttaneen sinua sairautesi hoitamisessa?

LIITE 3 · ANALYSOINNIN HAVAINNOLLISTAMINEN

Alaluokka

Yhdistävä Luokka

Pääluokka

